CHIRURG POLSKI

CZASOPISMO POŚWIĘCONE CHIRURGII KLINICZNEJ i TECHNICE OPERACYJNEJ

REDAKCJA i ADMINISTRACJA: WARSZAWA, UL. 6 SIERPNIA 37. TEL. 9-20-15

TREŚĆ:

PRACE ORYGINALNE

TECHNIKA OPERACYJNA

SOMMAIRE:

ARTICLES ORIGINAUX

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

ROK II. **Nr. 2**

15.II.1937.

„CHIRURG POLSKI"

przyjmuje do druku prace oryginalne, streszczenia zbiorowe i notatki kliniczne ze wszystkich działów chirurgii. Koszty sporządzania klisz ponosi wydawnictwo, autorzy otrzymują bezpłatnie 25 odbitek pracy. Prace, nadesłane przez lekarzy Klinik, Zakładów, Instytutów i t. d., powinny zawierać aprobatę kierownika na ogłoszenie w druku.

Zadanie czasopisma polega na poruszeniu w każdym zeszycie kilku bieżących zagadnień lecznictwa chirurgicznego i techniki operacyjnej; ze względu na szczupłe rozmiary pisma redakcja prosi o ograniczanie prac do 5 — 8 str. druku. Prace są grupowane w 3 działach głównych:

1. Prace oryginalne, referaty i streszczenia zbiorowe,
2. Technika operacyjna,
3. Oceny i streszczenia.

Prócz tego pismo zawiera następujące stałe rubryki:

1. Sprawozdania z posiedzeń i Zjazdów,
2. Rubryka wiadomości, obchodzących ogół chirurgów (uniwersytety, szpitale, mianowania, stypendia, konkursy i t. p.),
3. Skrzynka zapytań i odpowiedzi; nadchodzące zapytania redakcja rozsyła członkom Komitetu redakcyjnego z prośbą o udzielenie odpowiedzi. Zapytania i odpowiedzi są ogłaszane bez podawania nazwiska pytającego.

Pismo zamieszcza co kwartał dodatek, polską bibliografię chirurgiczną — spis wszystkich prac z dziedziny chirurgii, jakie się ukazały w polskim piśmiennictwie lekarskim; streszczeń prac autorów polskich pismo nie podaje, jedynie oceny, względnie notatki dyskusyjne.

CHIRURG POLSKI

ROK II. WARSZAWA, 15 LUTEGO 1937 R. Nr. 2

O postępowaniu w niedrożności okrężnicy prawej.

podał

Prof. Dr. Zygmunt Radliński.

Kierownik I Kliniki chir. U. J. P. w Warszawie.

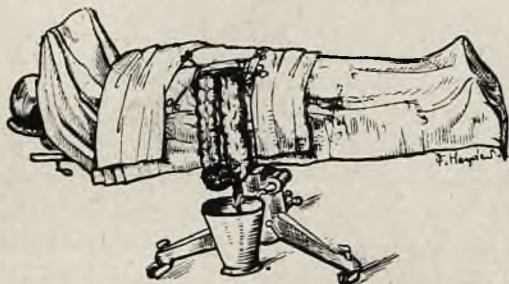
W przypadkach niedrożności lub daleko posuniętego zwężenia, najczęściej na tle raka, prawej połowy okrężnicy, od kątnicy po zagięcie wątrobowe, najpoważniejszym niebezpieczeństwem jest przepełnienie silnie zakażoną i trującą treścią jelit doprowadzających. Pętle te często przedstawiają się jako nadmiernie rozszerzone, rozdęte, o średnicy niekiedy przedramienia dorosłego człowieka, o mięśniówce przerosłej wskutek bezowocnej pracy nad pokonaniem zwężenia. Rozszerzenie sięga w górę od miejsca zwężenia daleko, niekiedy do połowy długości jelit cienkich. Już w oglądaniu brzucha ujawnia się ten stan widocznym poprzez ścianę brzucha prężeniem się jelit, w postaci fal ruchu robaczkowego. Obraz chorobowy jest najczęściej tak wyraźny, że wątpliwości nie nasuwa. Jedyną trudność może stanowić rozpoznanie, w jakim miejscu zwężenie, względnie zamknięcie światła, się znajduje. Pomocnym tu może być uważne obmacywanie brzucha, które pomimo wzdęcia brzucha pozwoli niekiedy wyczuć guz, oraz badanie rentgenologiczne. Zawiesina kontrastowa wprowadzona do odbytnicy (*nigdy* w tych razach doustnie!) najczęściej zatrzyma się w miejscu niedrożnym lub zwężonym i wskaże gdzie się ono znajduje.

Mając rozpoznanie, że chodzi o prawą połowę okrężnicy, otwieram brzuch cięciem *Jalaguiera* możliwie najbardziej zewnętrznym, t. zn. najbliżej zewnętrznego brzegu m. prostego. Po otwarciu otrzewnej wprowadzona ręka wyszukuje przeszkodę, stwierdza stosunki ruchomości guza; oglądaniem i obmacywaniem należy zbadać czy nie ma zasiewu nowotworu na otrzewnej, krezkach, gruczołach zaotrzewnych, w wątrobie. Postanowienie, czy guz sam przez się usunąć się da, zależy w dużej mierze od doświadczenia i technicznej sprawności chirurga. Naogół można raczej zalecić agresywność niż wstrzemięźliwość, gdyż warunki operacyjne uruchamiania guza są w tym odcinku szczególnie pomyślne. Przypadki, w których przy uruchamianiu wstępnicy obnażyło się zaotrzewną część dwunastnicy, dolny biegun nerki, moczowód, naczynia nasienne wewn. (te ostatnie można w razie potrzeby bez obawy następstw dla jądra przeciąć) — nie należą do rzadkości wśród moich szczęśliwie zakończonych przypadków.

Przystępuję do typowej hemikolektomii. W razie trudności dostępu do uruchomienia guza przecinam ścianę brzucha dodatkowo poprzecznie, nieraz aż do linii pachowej środkowej — dobry dostęp jest ważnym warunkiem powodzenia.

Po uruchomieniu guza wraz z wstępnicą i ostatnią mało ruchomą pętlą jelita biodrowego (ileum terminale), podwiązuję dużymi pęczkami krezkę najpierw rozdętego jelita biodrowego, niekiedy na przestrzeni metra i więcej, potem wstępnicy,

zagięcia wątrobowego i poprzecznicy prawie do jej połowy. Po przecięciu krezki obwodowo od podwiązek (na przyjelitowe pęki krezki zakładam przed przecięciem kleszczyki, by uniknąć zalewania pola krwią), mam uwolnioną na długość ponad metra pętlę, którą wyłaniam po za brzuch i zwieszam po za stół operacyjny ku podłodze do podstawionego wiadra.



Teraz na szczycie zwisającej pętli, a będzie to na jelicie biodrowym, robię zdala od pola operacyjnego nacięcie nożyczkami (można tę czynność powierzyć komuś z nieumytego personelu). Z przepełnionej pętli wylewa się masowo płynny kał. Należy jeszcze ile się da wymasować zalegający kał z pętel pozostających w brzuchu.

Opróżnienie jelit, w ten sposób zupełnie bezpieczne, udaje się uzyskać ogromne. Brzuch poprzednio wzdęty zapada się zupełnie, staje się bardziej wpadnięty niż normalnie. Ilość wydalonego tym sposobem płynnego kału dochodzi ½ wiadra. Jelita są teraz puste i operuje się, jak w warunkach resekcji w okresie drożności. Następuje z kolei przecięcie poprzecznicy bez otwierania jej światła (zmiażdżenie, podwiązanie, odpalenie i wgłobienie kikuta) i tak samo przecięcie jelita biodrowego. Zabieg kończy boczne zespolenie jelita biodrowego z poprzecznicą; można również założyć połączenie koniec do boku.

W ten sposób operowane moje dwa przypadki miały przebieg zupełnie gładki, jak po wycięciu wyrostka robaczkowego.

Nadmieniam, że sposób ten uważam za najbardziej racjonalny zabieg łagodzący (paljatywny) dla przypadków, gdzie już stwierdzamy przerzuty, a więc zgóry wyłączone jest doszczętne wyleczenie. Jest to dla chorego uniknięcie wstrętnego dożywotniego odbytu sztucznego, bezpieczniejsze od omijającego przeszkodę zespolenia.

ZUSAMMENFASSUNG.

Ein Verfahren bei Verschluss des rechten Colons.

von

Z. Radliński (Warszawa).

Bei Verschluss oder hochgradiger Stenose (meistens durch Carcinom) des rechten Colons liegt die Hauptgefahr in der Ueberfüllung des Dünndarmes mit gestautem hochinfiziertem und toxischem Inhalt.

Verf. schlägt vor, nach Mobilisierung des Tumors samt Colon asc. bis zur Hälfte des Transversum und Unterbindung des Gekröses des Colons und Dünndarmes auf einer Strecke v. ca 1 Meter, die befreite Schlinge aus dem Bauche zum Fussboden heraushängen zu lassen ud über einem Eimer einzuschneiden. Flüssiger Kot fliesst massenhaft und fern vom Operationsfelde ab. Typische Resektion am entleerten Darme. Glatter Verlauf in 2 eigenen Fällen, wie nach Appendektomie.

Z Oddziału Neurochirurgicznego Kliniki Chorób Nerwowych U. J. P.
w Instytucie Chirurgii Urazowej w Warszawie
i z Pracowni Neurobiologicznej Instytutu T. N. W. im. Nenckiego.

Kierownik prof. dr. *K. Orzechowski.*

Krwotoki mózgowe z przebiegiem klinicznym naśladującym rozwój nowotworów [1]).

podał

Dr. Adam Kunicki.

Udarowa postać krwotoku mózgowego przedstawia bardzo wyrazistą sylwetkę kliniczną, która zwykle nie nastręcza trudności rozpoznawczych. Krwista twarz, t. zw. konstytucja apoplektyczna, wiek zwykle powyżej 50 r. ż., wysokie ciśnienie krwi, nagłe zachorowanie z utratą przytomności stanowią główne rysy kliniczne t. zw. apopleksji mózgu. Bezpośrednio po udarze stwierdzamy objawy ciężkiego wstrząsu mózgu. W ciągu kilku dni rozstrzyga się los chorego. Przychodzi do zejścia śmiertelnego wśród objawów porażenia oddechu i krążenia albo objawy wstrząsu zaczynają się cofać, a na tle poprawy ogólnego stanu wyłaniają się objawy ogniskowe. Klinicznym zejściem choroby są ubytki czynności mózgu o rozmaitej rozpiętości z anatomicznym odpowiednikiem rozmiękczenia, najczęściej krwotocznego. Udarowemu krwotokowi mózgowemu można przeciwstawić postać o powolnym rozwoju, realizującym stopniowo obraz ogniskowego uszkodzenia mózgu. Omówienie tej postaci z punktu widzenia rozpoznawczego i leczniczego będzie przedmiotem niniejszej pracy. Podniętą do poruszenia tej sprawy jest, poza rzadkością tego rodzaju krwotoków, okoliczność, że wyobrażenia nasze o krwotoku mózgowym tak silnie związały się z obecnością nadciśnienia tętniczego i z obrazem klinicznym udaru, że *przebieg pozbawiony brutalnego początku i brak wzmożonego ciśnienia krwi często wysuwa się jako dowody przemawiające przeciw sprawie krwotocznej. Spostrzeżenia przedstawione poniżej wykażą niedostateczność tego poglądu.* Podstawę tej pracy stanowi materjał z piśmiennictwa neurochirurgicznego, który przedstawiam w tablicowym ujęciu. Uwzględniłem tylko kilka publikacyj z lat ostatnich. Wyjątkowa ich wartość polega na tym, że obejmują większą ilość przypadków leczonych operacyjnie, które dzięki temu stanowią szczególnie cenny materjał do rozważań związanych z naszym tematem. Dołączam do nich przypadek spostrzegany i leczony na naszym oddziale neurochirurgicznym.

Przypadek własny. Chory D. A. lat 49 przyjęty na oddział 27.III. 1936 z kliniki neurologicznej U. J. P. (ord. dr. Jarzymski).

Do końca grudnia 1935 czuł się zdrów. Pracował jako palacz w cegielni. Na początku stycznia t. j. 3 miesiące temu zaczął chodzić niepewnie, zataczając się w lewo.

Od połowy lutego występują bóle głowy, najbardziej skupione w okolicy ciemieniowej, często połączone z wymiotami. W tym czasie przestał chodzić. Od dwuch tygodni osłabienie i upośledzenie sprawności ruchowej lewych kończyn. Mowa niezupełnie wyraźna, szum w uszach, osłabienie pamięci. Przeszłość chorobowa bez znaczenia. Alkoholu nie nadużywał. Na serce, nerki, płuca nie leczył się.

Badanie przedmiotowe: Budowa prawidłowa, odżywienie dobre. Na klatce piersiowej kilka znamion naczyniowych. Klatka piersiowa wdechowo ustawiona, opukowe i osłuchowe objawy rozedmy płuc. Serce bez zmian osłuchowych i opukowych, tętno 88/min., ciśń. krwi 160/120. Wątroba i śledziona nie wyczuwalne.

---

[1]) Praca przedstawiona i przyjęta na posiedzeniu Wydziału IV. Warszawskiego Towarzystwa Naukowego dnia 4.II. 1937.

Układ nerwowy: Czaszka symetrycznie wysklepiona. Odgłos wypukowy normalny. Szmerów naczyniowych nad czaszką nie wysłuchuje się. Opukowej bolesności brak. Oponowych objawów niema.

Nerwy czaszki: 1) Węch zachowany; 2) Dno ócz bez zmian, pole widzenia pełne; 3, 4, 6) Źrenice i szpary powiekowe równe. Odczyn na światło zachowany; 5, 7) Bez zmian; 8) Przewodnictwo powietrzne i kostne po stronie lewej nieco skrócone; 9, 10, 11, 12) Bez zaburzeń.

Kończyny górne w pozycji leżącej: ułożeń przymusowych brak. Napięcie mięśni nieco większe po stronie lewej. Siła obu kończyn dobra. Wszystkie proste ruchy wykonuje w pełnym zakresie. Kończyną lewą nie zawsze odrazu wykonuje polecony ruch, myli się. Przy celowanych ruchach lewa trafia mimo. Zapałkę zapala lewą ręką skutecznie lecz z wysiłkiem, ręka kilkakrotnie wykoleja się z toru powziętego ruchu. Ruchy wyrazowe oraz naśladowanie ruchów dobre. Często występuje trudność zorientowania się co do strony (prawa — lewa).

Kończyny dolne w pozycji leżącej: przymusowych ułożeń brak. Napięcie mięśni nieco większe po stronie lewej. Ograniczenie ruchów palców lewej nogi. Inne ruchy wykonuje z dobrą siłą i w pełnym rozmiarze.

Odruchy: ze ścięgien mięśni dwu- i trójgłowego oraz promieniowe miernie żywe równe. Kolanowy lewy nieco żywszy, achillesowe oba słabe, podeszwowe fizjologiczne, brzusznych nie wywołano.

Czucie: osłabienie czucia bólu, ciepła, zimna i dotyku w obrębie k. g. lewej od połowy ramienia do palców, nasilające się odsiebnie. Podobne zaburzenia w kończynie dolnej od połowy podudzia w dół. Czucie położenia w palcach lewych kończyn bardzo upośledzone, rozpoznawanie przedmiotów lewą ręką zwolnione i niedokładne, agnozja palców lewych. Umiejscowienie i dyskryminacja przestrzenna na lewej k. g. bardzo upośledzone.

Chory prawie wyłącznie leży nawznak. O własnych siłach nie może ani usiąść, ani przewrócić się na bok. Posadzony i pozbawiony podparcia pada bezwładnie w lewo. Podtrzymywany w pozycji stojącej pada w lewo, przy czym nie widać ruchów balansujących równowagę, prób poprawienia postawy. Próby chodzenia z podtrzymywaniem: prawą k. d. wysuwa naprzód, lewej nie może podnieść od podłogi, jakby przylgnęła do podstawy. Widać bezskuteczne usiłowania wyrzucenia k. l. wprzód; nie może przy tych próbach uczynnić tych grup mięśniowych, którymi w pozycji leżącej zupełnie dobrze włada.

Stan psychiczny: zorientowany dobrze co do miejsca, czasu i sytuacji. Chronologizacja zdarzeń chorobowych dobra. Ma poczucie choroby, mówi o niej rzeczowo, jasno. Brak afazji zmysłowej i ruchowej oraz zaburzeń poznawania wzrokowego. Przy wykonywaniu bardziej złożonych czynności zaznacza się trudność przestrzennego ujęcia zadania (prawo, lewo).

30.III. *Odma komorowa.* Trepanopunkcja obustronna potyliczno-ciemieniowa sposobem Penfielda [1]). Przy nakłuciu lewej komory otrzymano płyn żółty, z prawej płynu nie uzyskano. Na zdjęciu przednio-tylnym (rys. 1) widać powiększenie obu komór, które nie są zniekształcone



Rys. 1. Odma komorowa. Potylica na kliszy. Rozszerzenie obu komór nieco większe po stronie prawej. Kontury komór zaokrąglone, jak przy wodogłowiu, nie wykazują przemieszczenia ani zniekształcenia uciskowego.

uciskowo ani przemieszczone. Zaokrąglenie konturów jest normalną cechą rozszerzonych komór. Słabsze wysycenie cienia komory prawej jest skutkiem braku powietrza w środkowej i tylnej części komory, o czym przekonywujemy się na zdjęciu bocznym. Rys. 2 wykazuje mianowicie, że tylko przednia, czołowa część komory prawej jest napowietrzona, a od przedniego bieguna wzgórka wzrokowego wstecz powietrza niema.

Obraz odmowy zgodnie z klinicznym wskazują na umiejscowienie sprawy w okolicy ciemieniowej.

---

[1]) W miejscu leżącym 6 cm. w bok od linii środkowej i 6 cm. ponad wyniosłością potyliczną zewnętrzną.

Operacja (dr. Choróbski). W znieczuleniu miejscowym płat skórno-mięśniowo-kostny, skroniowo-ciemieniowo-potyliczny prawy. Nacięcie płatowe opony twardej odsłania mózg, o rowkach zaciśniętych, zwojach spłaszczonych. Kora mózgowa rdzawo-żółto podbarwiona. Nakłucie mózgu w okolicy ciemieniowej wykazuje na głębokości 5 — 6 cm. twardy opór. Korę mózgową nacięto w tym miejscu nożem elektrycznym i w głębi natrafiono na kilka torebek, wypełnionych żółtym płynem. Na głębokości wykazanej nakłuciem znaleziono guz barwy ciemno-czerwonej o spoistości zbitej. Pętlą elektryczną usunięto kilka kawałków guza — po czym zakończono operację z powodu silnego krwawienia miąższowego i złego stanu chorego. Pod koniec zabiegu chory stracił przytomność i nie odzyskując jej zmarł po 15 godzinach wśród objawów niedomogi mięśnia sercowego.



Rys. 2. Zdjęcie boczne prawej komory mózgowej wykazuje ubytek cienia komory w części ciemieniowo-skroniowej.



Rys. 3. Przekrój poziomy na wysokości wzgórka wzrokowego wykazuje położenie krwiaka. Brak przemieszczenia układu komorowego, oraz zniekształcenia rysunku zwojów i rowków. Przy A przedni róg komory, przy B róg tylny.

Sekcja mózgu. Ukształtowanie zwojów i rowków nie zmienione. Kora mózgowa rdzawo podbarwiona. W okolicy ciemieniowej prawej ubytek operacyjny o średnicy 3 cm. Pod pajęczynówką wypukłości mózgu, głównie w sąsiedztwie ubytku operacyjnego oraz tylnej powierzchni móżdżku, niewielkie ilości skrzepłej krwi.

Cięcie poziome na wysokości górnej powierzchni wzgórka wzrokowego (rys. 3) odsłania ciemno-wiśniowy, prawie czarny guz, sięgający od przedniego do tylnego bieguna wzgórka wzrokowego, leżący na jego górnej powierzchni, lekko wgłębionej wypukłą podstawą guza. Z łożyska guz łatwo dał się wyjąć. Kopuła jamy, którą guz wypełniał, odległa jest od powierzchni mózgu o 3 cm. Poprzeczny jej wymiar wynosi w najszerszym miejscu 2,5 cm, oś przednio-tylna 4 cm.



Rys. 4. Van Giesson. W brzeżnej części krwiaka widać dużo zachowanych jeszcze krwinek czerwonych oraz liczne komórki żerne obładowane barwikiem krwi (A). Od góry odgranicza krwiak torebka łącznotkankowa.

światło komory bocznej w odcinku wzgórka wzrokowego jest zupełnie zaciśnięte przez wpuklający się guz. Zachowane części komór są mier-



Rys. 5. Impregnacja srebrowa sposobem Perdraua. Warstwowy układ włókien łączno-tkankowych, tworzących torebkę krwiaka.

tkankowe przybrały tu układ warstwowy, tworząc ścianę torebki otaczającej krwiak (rys. 5).

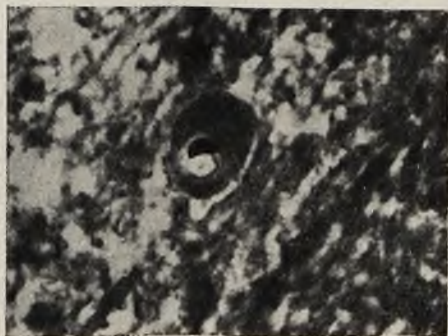
Jama krwiaka leży w istocie białej, która w jej otoczeniu ma zatartą normalną strukturę, niedokładną barwliwość, zmniejszoną spoistość oraz liczne luki tkankowe. Objawy odczynowe są bardzo słabe, w postaci zwiększenia ilości komórek glejowych. W kilku miejscach stwierdzono drobne ogniska krwiotwórcze około naczyń oraz bez związku z naczyniami. Tętnice podstawy mózgu nie wykazują zmian patologicznych. W niektórych tętnicach gałki bladej (rys. 6) stwierdza się całkowite zwapnienie warstwy środkowej. Liczne tętniczki kory mózgowej oraz istoty białej wykazują t. zw. zwyrodnienie szkliste. Wielokrotnie zgrubiała ściana tych naczyń przedstawia jednorodną bezpostaciową masę, intensywnie czerwoną w preparatach barwionych sposobem Van Giessona (rys. 7). Zmiany powyższe skła-



Rys. 6. Preparat barwiony sposobem Van Giessona przedstawia zwapnienie środkowej warstwy tętnic gałki bladej (globus pallidus).

nie powiększone, nie widać jednak ani zniekształcenia ani przemieszczenia układu komorowego. Na ścianach komór warstewka skrzepłej krwi. Guz obj. 17 cm^3 ważył 18,6 gr. (c. wł. 1,12). Miejscami nierówną powierzchnię guza pokrywa delikatna, strzępiasta błonka. Na przekroju guz przedstawia bezpostaciową ciemno-czerwoną masę, niezbyt kruchą o dosyć znacznej spoistości.

Badania drobnowidowe. Środkowe części guza przedstawiają bezpostaciową masę, wśród której gdzieniegdzie widać komórki żerne obładowane barwikiem krwi. Zbliżając się do powierzchni napotykamy coraz większe ilości zachowanych czerwonych krwinek, coraz większe skupienia komórek żernych oraz objawy organizacji łącznotkankowej: liczne fibroblasty, młode naczynia krwionośne oraz włókna łącznotkankowe. Na zewnętrznej powierzchni guza, przylegającej do jamy, która go okala, organizacja łącznotkankowa posunęła się już bardzo daleko. Włókna łączno-



Rys. 7. Preparat barwiony sposobem Van Giessona przedstawia zwyrodnienie szkliste małej tętniczki (arteriola) istoty białej mózgu w miejscu odległym o 3 cm. od jamy krwiaka.

dają się na obraz arteriolosclerosis i niewątpliwie odegrały zasadniczą rolę w patogenezie krwotoku.

TABLICA PRZYPADKÓW Z PIŚMIENNICTWA

Płeć i wiek	Przebieg choroby	Rozpoznanie przedoperacyjne	Obraz operacyjny	Winik leczenia operacyjnego
	Przypadki **Craig-Adsona**			
1. K. 18	Przez 48 g. po urazie w potylicę bóle głowy, wymioty. Po 7-iu miesiącach ogólne napady epilepsji z utratą przytomności. 19 miesięcy po urazie stwierdzono: lewostronne niedowidzenie połowicze, ciśnienie krwi 116/72.	Uszkodzenie okolicy skroniowo-potylicznej prawej.	Lekkie nastrzykanie mózgu w okolicy skroniowo-potylicznej. Na głębokości 2.5 cm. torbiel wypełniona miękkim skrzepem, który wyssano.	Ustąpienie objawów.
2. M. 39	Trzy mies. po urazie czaszki i nieznacznym wstrząsie lekki niedowład prawostronny z afazją, bóle głowy. Nasilenie zaburzeń waha się z dnia na dzień. 5 mies. po urazie stwierdzono: niedowład czuciowo-ruchowy prawostronny z niemotą. Epi. Jacksona prawostr. Tarcza zastoinowa. 1 — 2 D Ciśn. krwi 110/75.	Uszkodzenie okolicy ciemieniowej lewej.	Zwoje mózgu spłaszczone i rozszerzone. Podkorowa torbiel wypełniona ciemną smołowatokrwawą cieczą. którą usunięto.	W ciągu 7-iu dni po zabiegu niedowład i niemota ustąpiły.
3. M. 37	Wśród zupełnego zdrowia pojawiają się bóle głowy, po kilku tygodniach wymioty, osłabienie prawych kończyn i zaburzenia mowy. Badanie po 6-ciu tygodniach wykazuje prawostronny niedowład połowiczy z zaburzeniami mowy. Tarcza zastoinowa 4 D z wybroczynami. Ciśnienie krwi 110/80.	Guz mózgu.	W okolicy ciemieniowo-skroniowej lewej torbiel z której wydobyto około 30 cm³ żółto-brązowej, żelatynowatej masy wyglądającej na „zwyrodniały" skrzep krwi.	Po trzech tygodniach bez poprawy.
4. M. 25	Wśród zupełnego zdrowia utrata przytomności na 20 minut, poczem wstaje, chodzi, lecz ma bóle głowy i zaburzenia mowy, które po kilku dniach ustępują. Badanie 13-go dnia wykazało agrafię, aleksję. Płyn mózgowo-rdzen. żółtawy. Ciśnienie krwi 100/78.	Rozpoznania nie podano.	Lewostronne otwarcie czaszki. Na powierzchni rozszerzonych zwojów skroniowycb wybroczyny. Niewielki krwotok podtwardówkowy. 0,5 cm. pod korą torbiel wypełniona smołowatą cieczą.	Poprawa.
5. K. 30	W ciągu kilku dni rozwija się prawostronny niedowład połowiczy, obejmując kojelno kończynę górną, dolną i twarz. W trzecim tygodniu bóle głowy. W 5-tym tyg. zupełne porażenie prawych kończyn. Ciśnienie krwi 100/65.	Nowotwór złośliwy okolicy czołowo-ciemieniowej lewej.	Skroniowo-ciemieniowe zwoje spłaszczone i rozszerzone. 3 cm. pod korą czarna masa stała, którą usunięto szczypcami. Pozostała jama o średnicy 3 cm.	Ustąpienie wszystkich objawów.
6. M. 46	Od 9-iu mies. bóle głowy. Nagle zjawia się osłabienie lewej kończyny dolnej. następnego dnia górnej, 16. dnia stwierdzono połowiczy niedowład lewostronny. Ciśnienie krwi 125/80.	Krwotok lub guz. Encefalografia wskazuje na umiejscowienie czołowe.	Zwoje okolicy środkowej spłaszczone i rozszerzone. Na głębokości 2 cm. stary skrzep krwi, który usunięto.	W ciągu trzech tygodni prawie zupełne ustąpienie niedowładu.

Płeć i wiek	Przebieg choroby	Rozpoznanie przedoperacyjne	Obraz operacyjny	Wynik leczenia operacyjnego
7. M. 62	Od 12 lat, po urazie czaszki przestankowe bóle głowy. Od 4-ch mies. osłabienie wzroku. Od 4-ech tygodni osłabienie lewych kończyn i drętwienie lewej połowy ciała. Badanie wykazało lewostronne niedowidzenie połowicze, niedowład połowiczy lewostronny. Ciśn. krwi 116/68.	Rozpoznania nie podano	W okolicy ciemieniowej zwoje spłaszczone i rozszerzone. Na głębokości 4,5 cm. torbiel, z której wydobyto 75 cm^3 ciemnego, żółtawo-brązowego płynu niekrzepnącego.	Poprawa niedowładu. Pole widzenia bez zmian.
8. M. 36	Po 6-iu tygodniach bólów głowy powstaje nagłe porażenie połowicze lewostronne, które w ciągu 12 godz. znacznie się poprawiło. Po dwóch dniach nagła utrata przytomności i śpiączka trzy dni trwająca. Badanie: lewostronne wzmożenie odruchów z Babińskim. Tarcza zastoinowa. Ciśnienie krwi 110/82.	Uszkodzenie płata czołowego lewego (na podstawie odmy komorowej)	Zwoje czołowe spłaszczone i rozszerzone. Na głębokości 1 cm. znaleziono płyn czarny smołowaty i wydobyto go około 60 cm^3.	Przez 9 dni przebieg pooperacyjny dobry, poczem nagła śmierć
Przypadki **Bagleya**				
9. M. 43	Po kilkudniowych bólach głowy lekkie zaburzenia psychiczne, lekki niedowład prawostronny z zaburzeniami mowy. Po 6-iu dniach poprawa. 8 dni później senność i nasilenie niedowładu prawej kończyny górnej. Po 48 godz. głęboka śpiączka i porażenie prawostronne. Tarcza zastoinowa. Ciśnienie krwi 120/100.	Brak rozpoznania	Przez mały otwór trepanacyjny w okolicy ruchowej lewej wydobyto z głębokości 4 cm. 30 cm^3 ciemnego płynu krwawego.	Wyleczenie. Po 8-iu latach bez objawów.
10. M. 35	Od 5-iu miesięcy sporadyczne bóle głowy. W czasie silnego upału wystąpił silny ból głowy, a po godzinie utrata przytomności i niedowład połowiczy prawostronny. 10-ego dnia zupełne porażenie prawostronne z zaburzeniami mowy. Tarcza zastoinowa. Narastająca senność. Ciśnienie krwi 160/120.	Brak rozpoznania.	Nakłuciem płata skroniowego usunięto 40 cm^3 smołowatej krwawej masy.	Poprawa
11. M. 49	Od 6-iu miesięcy osłabienie pamięci. Od miesiąca bóle głowy, wymioty, zaburzenia psychiczne. Przedmiotowo: niedowład prawostronny. Śpiączka. płyn mózgowo-rdzen. żółtawy. Ciśnienie krwi 220/110.	Brak rozpoznania.	Wywiadowcze odsłonięcie lewej półkuli wykazało podkorowy skrzep krwi za twardy do wyssania.	Zmarł po 24 godzinach
12. K. 39	W godzinę po nagłym wystąpieniu bólów głowy osłabienie wzroku, a nazajutrz zupełna dezorientacja, sztywność karku. Po 24 godz. prawostronny niedowład, który poprawia się. Po czterech dniach śpiączka. Tarcza zastoinowa. Ciśnienie krwi 220/110.	Brak rozpoznania.	Lewostronna trepanacja podskroniowa i usunięcie krwi z płata skroniowego.	Poprawa. Po sześciu dniach zmarł na zapalenie pluc.

Płeć i wiek	Przebieg choroby	Rozpoznanie przedoperacyjne	Obraz operacyjny	Wynik leczenia operacyjnego
13. M. 48	22 mies temu pierwsze napady padaczkowe, bóle głowy i niedowład prawostronny z zaburzeniami mowy. Niedowład poprawił się tak, że chory podjął pracę. Napady padaczkowe raz na kilka tygodni Od roku napady częstsze, niedowład kończyn prawych nasila się. Przedmiotowo: senność, porażenie prawostronne, zatarcie granic tarcz nn. wzrokowych, rozszerzenie żył. Ciśnienie krwi 200/130.	Guz z krwotokiem.	Lewostronne otwarcie czaszki i wydobycie z półkuli dużej ilości krwi.	Zmarł następnego dnia.
	Przypadki **Penfielda**			
14. M. 14	Po wypaleniu pierwszego papierosa nudności i gwałtowne wymioty. Po 20 min. utrata przytomności, którą odzyskał następnego dnia, lecz nie mógł mówić i miał porażenie prawostronne. Płyn mózgowo-rdzeniowy żółty. Ciśnienie krwi 128/56.	Krwotok śródmózgowy.	Otwarcie czaszki w okolicy skroniowej lewej i usunięcie z płata skroniowego dużego czarnego skrzepu krwi.	W ciągu 18-tu mies. wszystkie zaburzenia z wyjątkiem lekkiego niedowładu ręki ustąpiły.
15. K. 40	Od 4-ech lat nadciśnienie tętnicze czasem bóle głowy. Nagle występują wymioty i zamroczenie, 6 godz. później senność, sztywność karku. W ciągu następnych trzech dni rozwija się niedowład prawostronny czuciowo-ruchowy, 4-ego dnia zaburzenia mowy, 6-ego napady drgawkowe ogólne, prawostronne niedowidzenie połowicze, początkowa zastoina. Płyn mózgowo-rdzeniowy żółty.	Krwotok mózgowy w okolicy potylicznej lewej.	Otwarcie czaszki w okolicy potylicznej. Spłaszczenie i rozszerzenie zwojów potylicznych, kora żółtawa. Usunięto krwiak wielkości cytryny, sięgający od opony miękkiej do komory.	Poprawa.

Kliniczna strona przedstawionych przypadków.

Etiologia. W niektórych tylko przypadkach stwierdzono czynniki, które można powiązać przyczynowo ze schorzeniem mózgu. W przypadkach 1, 2 i 7 wywiad zawiera uraz czaszki. Zaliczyć je można do kategorii t. zw. późnych krwotoków pourazowych (Spätapoplexie, apoplexie traumatique tardive, deley apoplexy). W przypadkach 11, 12, 13, 15 nadciśnienie tętnicze było klinicznym odpowiednikiem schorzenia układu naczyniowego, uspasabiającego do krwotoku mózgowego. W przypadku 14, dotyczącym młodego chłopca, który zachorował po pierwszej próbie palenia tytoniu, ostre zatrucie nikotyną, połączone z gwałtownym podniesieniem ciśnienia krwi naskutek wymiotów, mogło być jedną z przyczyn krwotoku. Reszta chorych ani klinicznie ani anamnestycznie nie wykazywała schorzeń, które zgodnie z panującymi poglądami uspasabiają do krwotoku mózgowego.

Obraz kliniczny. Wśród chorych przeważają mężczyźni (12 : 4), między trzecim a czwartym dziesiątkiem lat życia. Najmłodszy liczył lat 14, najstarszy 62. Średni wiek 38 lat leży znacznie poniżej przeciętnej granicy wieku chorych na udar mózgowy. Uderzające jest u większości chorych prawidłowe ciśnienie krwi, wahające się między 100 a 120. Tylko u czterech znajdujemy wyraźne nadciśnie-

nie tętnicze. Szczegół ten należy podkreślić z całym *naciskiem,* gdyż dowodzi on, że *nadciśnienie tętnicze nie jest niezbędnym warunkiem powstawania krwotoku mózgowego.* Badając przedstawione historie choroby nie trudno dostrzec wspólne ich cechy, składające się razem na zgoła wyrazistą sylwetkę kliniczną. Dla przejrzystości podzielę przebieg na dwa okresy:

1) W pierwszym spostrzegamy objawy, które można odnieść do wahań ciśnienia śródczaszkowego: bóle głowy, czasem połączone z wymiotami, osłabienie ogólne, zawroty głowy i t. p. Występują one wśród zupełnego zdrowia, czasami zaś w związku z różnymi szkodliwościami wymienionymi powyżej (etiologia). Okres tych niecharakterystycznych zaburzeń czynności mózgu trwa od kilku dni do wielu miesięcy. Czasem jest tak krótki, że stanowi zaledwie okres zwiastunowy szybko po nim występujących objawów ogniskowych. Jak widać, okres ten cechują objawy spotykane na początku wielu organicznych i czynnościowych schorzeń układu nerwowego, więc nie dostarczają one podstaw do określenia podłoża choroby.

2) Pojawienie się objawów ogniskowych rozpoczyna okres drugi. Zaczyna się zwykle od nieznacznych zaburzeń porażnych, które nasilając się stopniowo osiągają największe nasilenie w ciągu dni lub tygodni. Przebieg jest stopniowo postępujący czasem ze zwolnieniami lub gwałtownymi pogorszeniami. Niekiedy okres ten rozpoczyna się utratą przytomności (przyp. 4), a więc epizodem udarowym. Stan ten szybko mija, po czym zespół ogniskowy rozwija się stopniowo, narastając w ciągu kilku dni. W zależności od tempa rozwoju i umiejscowienia sprawy powstają w tym okresie rozmaicie wycieniowane obrazy kliniczne. Najważniejszą i najistotniejszą ich cechą jest przebieg: *słabe objawy początkowe nasilają się stopniowo, a w miarę ich narastania często wzmaga się nadciśnienie śródczaszkowe, powodując nierzadko zmiany zastoinowe na dnie oczu* (2, 3, 8, 9, 10, 12, 13). Udarowe postacie krwotoku mózgowego przebiegają biegunowo odmiennie. Największe natężenie objawów występuje tam na początku choroby, w okresie szoku mózgowego, po czym w razie pomyślnego przebiegu obraz kliniczny ubożeje w objawy: szok ustępuje, a porażenia cofają się w stopniu zależnym od rozległości zniszczenia mózgu. W przedstawionych przypadkach najczęstsze jest umiejscowienie uszkodzenia w okolicy skroniowo-ciemieniowo-potylicznej. Szczegół ten podkreśla również *Naffziger* na podstawie własnego doświadczenia.

Rozpoznanie. Z 16 przedstawionych, tylko w dwuch przypadkach *Penfielda* rozpoznanie przedoperacyjne było trafne. 4 razy rozpoznano guz, w pozostałych przypadkach podłoża schorzenia nie określono, lecz przypuszczano, że chodzi o sprawę rozrostową. Jaka jest przyczyna tak małej ilości dobrych rozpoznań oraz częstych pomyłek z guzem mózgu? Podobieństwo przebiegu. Glejaki półkul mózgowych często dają obrazy kliniczne, które przebiegiem zupełnie odpowiadają omawianej postaci krwotoku. W obu sprawach po okresie objawów ogólnych (bóle głowy, wymioty, osłabienie sprawności psychicznej) pojawiają się objawy ogniskowe stopniowo narastające w miarę postępowania uszkodzenia mózgu. Nagłe pogorszenia w przebiegu nowotworów nie są rzadkie. Mogą być one wywołane przez ucisk guza na naczynia krwionośne, co powoduje martwicę z niedokrwienia lub krwotoki. Czasem podłożem zaburzeń są zmiany wsteczne w naczyniach samego nowotworu, prowadzące do martwicy tkanki i wtórnych krwawień. Z powyższego wynika, że niektóre objawy w przebiegu nowotworu mózgu są istotnie pochodzenia

naczyniowego. Jeżeli guz uszkadza t. zw. nieme okolice mózgu, (np. prawy płat skroniowy), objawy naczyniopochodne mogą panować nad obrazem klinicznym, maskując prawdziwe podłoże choroby. W sytuacjach podobnych rozpoznanie natury sprawy jest nie tylko trudne, lecz wręcz niemożliwe. W jednym i drugim schorzeniu brak zarówno w przebiegu jak i w obrazie klinicznym objawów znamiennych, a tym samym podstaw do rozstrzygających rozważań różniczkowych. Badanie przedmiotowe dostarcza czasem objawów, które przechylają szalę wątpliwości rozpoznawczych na tę lub tamtą stronę. Do nich należy wysokie ciśnienie krwi oraz inne znamiona schorzenia układu naczyniowego. Obecność ich skłania lekarza do rozpoznania naczyniowego podłoża schorzenia, brak — do przyjęcia nowotworu. Z przedstawionego materiału widać, jak zwodnicze byłyby te objawy użyte w różniczkowaniu: *u większości chorych ciśnienie krwi było normalne, a układ naczyniowo-sercowy nie wykazywał uchwytnych badaniem klinicznym zaburzeń.* Przewaga tego typu chorych jest tak wielka, że nasuwa przypuszczenie, iż właśnie przy niskim ciśnieniu krwi proces prowadzący do krwotoku szczególnie często rozwija się na podobieństwo stale narastającego uszkodzenia mózgu, takiego, jakie spostrzegamy przy sprawach rozrostowych. Czasem pomaga w rozpoznaniu stwierdzenie w wywiadzie urazu czaszki. Należy go poważnie oceniać tylko wtedy, o ile zadziałał przy zupełnej świadomości chorego. Zdarzają się bowiem w przebiegu nowotworów epizodyczne stany zamroczenia, w których o uraz czaszki nie trudno. Uraz taki jest oczywiście skutkiem, a nie przyczyną uszkodzenia mózgu.

Odma mózgowa czasem tylko oddaje usługi. W jednym przypadku *Penfielda* układ komorowy przesunięty był ku stronie zdrowej, a część komory odpowiadająca krwiakowi była uciśnięta w ten sposób, jak przy nowotworze. W naszym przypadku układ komorowy nie wykazuje przemieszczenia ani zniekształcenia uciskowego, a tylko ubytek znacznej części komory prawej. Obraz podobny w przebiegu spraw rozrostowych w półkuli mózgu zdarza się tak wyjątkowo, że powinien zawsze budzić poważne zastrzeżenia przeciw rozpoznaniu nowotworu. Czy można go uważać za znamienny dla krwiaka przykomorowego, o tym trudno rozstrzygnąć na podstawie jednego przypadku. Przypuszczalnie guz śródmózgowy we wczesnym okresie mógłby spowodować podobny ubytek cienia komorowego, jednak nie byłby w stanie wywołać ogniskowego zespołu wskazującego, jak w naszym przypadku, na uszkodzenie półkuli. Wynika z tego następujący wniosek tymczasowy, który może ulec zmianom w związku z dalszymi doświadczeniami: *u chorego z objawami ogniskowego uszkodzenia mózgu ubytek cienia komory bez przesunięcia i uciskowego zniekształcenia układu komorowego przemawia za krwiakiem przykomorowym.*

Jaka jest wartość rozpoznawcza nakłucia lędźwiowego? Stwierdzenie krwi w płynie mózgowo-rdzeniowym w dużej mierze przemawia za sprawą krwotoczną, nie rozstrzyga jednak bezspornie, gdyż krwawienia zdarzają się również w przebiegu nowotworów.

Z uwag powyższych widać, że nawet po wyczerpaniu wszelkich dostępnych sposobów rozpoznawczych zazwyczaj nie potrafimy wyjść poza dwie możliwości: nowotwór mózgu lub proces naczyniowy. W sprawie, którą tu się zajmujemy, sytuacja jest o tyle wyjątkowa, że punkt ciężkości rozważań należy, mimo niepewności rozpoznania, przenieść na zagadnienie postępowania leczniczego.

Leczenie. Przede wszystkim trzeba rozstrzygnąć, czy leczenie ma być operacyj-

ne czy zachowawcze. Postanowienia zależeć będą od stopnia pewności rozpoznania. W zależności od tego wytwarzają się dwie zasadnicze sytuacje:

1) Obraz kliniczny tak silnie sugeruje rozpoznanie nowotworu, że możliwość sprawy naczyniowej nie jest rozpatrywana. Będziemy dążyli do leczenia operacyjnego, tworząc duże płatowe otwarcie czaszki w miejscu wskazanym przez objawy kliniczne. Torbiel rozmiękczynowa lub krwiak mogą być w tych przypadkach niespodziewanym znaleziskiem.

2) Podejrzenie sprawy pochodzenia naczyniowego jest odpowiednio uzasadnione, a objawy kliniczne z dostateczną wyrazistością wskazują miejsce uszkodzenia. W wypadkach takich rozpoczniemy od nakłucia wywiadowczego przez mały otwór trepanacyjny o średnicy $1\frac{1}{2}$ — 2 cm. Często zabieg ten nie tylko wyjaśni rozpoznanie, lecz również wystarczy do wyssania najczęściej płynnej treści torbieli.

Zwykle w 7 — 10 dni po wystąpieniu objawów ogniskowych znajdowano w torbieli rozmiękczynowej treść płynną lub półpłynną, przechodzącą przez grubą igłę mózgową. Na podstawie zebranych dotąd doświadczeń trzeba wnosić, że rozpływanie się ogniska krwotocznego odbywa się z osobniczo różną szybkością.

W przypadku 5-tym w pięć tygodni po wystąpieniu objawów ogniskowych znaleziono stały skrzep. W naszym przypadku po 2-uch tygodniach trwania objawów ogniskowych krwiak był twardy, lity, dający się krajać pętlą elektryczną. Jeśli igła przy nakłuciu wywiadowczym napotka na twardy opór, rozpoznanie natury schorzenia nadal może być nie rozstrzygnięte. Wiadomo wtedy, że jest guz, którego usunięcie możliwe jest tylko przez płatowe otwarcie czaszki, czy jednak jest to guz w postaci krwiaka czy nowotworu, przekonamy się dopiero w czasie operacji, a niekiedy dopiero badanie drobnowidowe sprawę wyjaśni.

Jak widać z powyższych uwag, trudności napotykane w różniczkowaniu z nowotworem mózgu nie pociągają za sobą niekorzystnych dla chorego następstw. Stanowcze rozpoznanie procesu rozrostowego jest prawie zawsze wskazaniem do wkroczenia chirurgicznego. Jeżeli w przypadkach rozwijających się powoli rozpoznanie skłania się ku sprawie pochodzenia naczyniowego, leczenie chirurgiczne jest również wskazane, gdyż w przypadkach tych często spotyka się torbiel rozmiękczynową lub twardy krwiak, przy których zgodnie z doświadczeniami, podanymi na wstępie, rokowanie operacyjne jest bardzo dobre. Należy podkreślić z całym naciskiem, że *optymizm w rokowaniu odnosi się tylko do przypadków z normalnym ciśnieniem krwi.* Z 12 chorych tego typu zmarło dwuch: jeden nagle w 9 dni po operacji, w naszym przypadku zejście śmiertelne było prawdopodobnie skutkiem krwotoku komorowego. U jedenastu chorych osiągnięto częściowe lub całkowite wyleczenie. W przypadku 9. po 8-miu latach badanie neurologiczne nie wykazało żadnych zaburzeń, w 14. w 18 mies. po zabiegu stwierdzono tylko nieznaczny niedowład ręki. W innych przypadkach brak danych o dalszych losach chorych, co utrudnia ocenę trwałości wyleczenia.

Nadciśnienie tętnicze pogarsza bardzo poważnie rokowanie wszystkich większych zabiegów śródczaszkowych, dlatego wskazania do operacji trzeba stawiać wtedy nader ostrożnie. Nie stanowi ono bezwzględnego przeciwwskazania tylko w przypadkach niewątpliwego guza mózgu, chociaż znacznie zmniejsza widoki pomyślnego wyniku zabiegu. Jeśli rozpoznanie skłania się ku schorzeniu naczyniowemu, zabieg operacyjny jest zasadniczo przeciwwskazany. Pomyślne zejście w poszczególnych przypadkach dowodzi tylko, że nawet ci cho-

rzy mogą przetrzymać czasem większą operację, nie może to jednak zmienić zasady, gdyż ryzyko życia jest zbyt wielkie. W sytuacjach wyjątkowych, jeżeli zachowawcze sposoby leczenia zawiodą, a istnieją wskazania życiowe, można jako *ultimum refugium* uciec się do leczenia chirurgicznego, które powinno być wtedy przeprowadzone w postaci jaknajmniejszego zabiegu.

Obrazy operacyjne we wszystkich poznanych przez nas przypadkach były do siebie podobne. Zwoje mózgowe były zwykle spłaszczone i poszerzone, rowki zaciśnięte.

Czasem kora mózgowa nad ogniskiem była rdzawo zabarwiona: stwierdzenie tego szczegółu powinno zawsze budzić podejrzenie leżącego głębiej zbiornika wynaczynionej krwi. W większości przypadków stwierdzono obecność torbieli lub twardego krwiaka przy pomocy nakłucia mózgu. Treść torbieli stanowiła masa płynna, półpłynna lub galaretowata, żółtawa, brązowa lub czarno-smołowata.

Patogeneza. Od czasu badań *Charcota* i *Boucharda* (1868) zapanowało przekonanie, że krwotok mózgowy jest skutkiem pękania małych tętniaków, opisanych przez *Koellikera* na przebiegu drobnych tętniczek. Dalsze badania *(Loewenfeld)* wykazały, że są to tętniaczki wrzekome, powstałe skutkiem zmian wstecznych w środkowej i wewnętrznej warstwie ściany naczyniowej. *Loewenfeld* uważa je za wyraz ciężkiego schorzenia układu naczyniowego, ułatwiającego przenikanie krwi poza światło naczyń. Krwawienie według niego dokonuje się *per diapedesin* poprzez uszkodzone ściany naczyń, nie przeczy jednak, że zdarzają się „małe naruszenia ciągłości ściany", które obok tamtych zmian jeszcze bardziej ułatwiają przenikanie krwi na zewnątrz. Zapatrywania powyższe, mimo nieco odmiennego ujmowania samego mechanizmu krwawienia, zgodnie akcentują zmiany w naczyniach krwionośnych jako podłoże patogenetyczne krwotoku mózgowego. W r. 1918 *Rosenblat* występuje z przypuszczeniem, że pierwotnym procesem jest ogniskowa martwica mózgu, a krwotok — zjawiskiem wtórnym, rozgrywającym się na terenie uszkodzonej tkanki mózgowej naskutek zaburzenia równowagi między ciśnieniem śród- i zewnątrznaczyniowym. Powstanie ognisk martwiczych przypisuje autor pojawieniu się w mózgu bliżej nieokreślonego zaczynu, powstającego w związku z zaburzeniem przemiany materii. *Westphal* (1926) również uważa za konieczny warunek powstania krwotoku mózgowego uprzednią zmianę spoistości tkanki mózgowej, którą wiąże z nieprawidłową czynnością naczyń krwionośnych u chorych z nadciśnieniem. Układ naczyniowy tych chorych wykazuje dużą skłonność do stanów kurczowych, które przez niedokrwienie miejscowe stwarzają warunki do ogniskowej martwicy zarówno ściany naczyniowej jak i tkanki mózgowej. Z badań *Pfluegera* i *Langendorfa* wynika, że już choćby tylko dwie minuty trwająca anemia miejscowa mózgu sprowadza wyraźne zakwaszenie tkanki, które w wysokim stopniu uczynnia procesy autolityczne. W ujęciu *Westphala* zjawiskiem poprzedzającym krwotok jest ognisko martwicze, samo zaś krwawienie byłoby biernym następstwem tych przemian, pozbawiających układ naczyniowy prawidłowego oporu od zewnątrz. Również *Globus i Strauss* (1927) na podstawie badań anatomicznych dochodzą do przekonania, że krwotok mózgowy jest końcowym ogniwem łańcucha zjawisk, zaczynających się ogólnym lub miejscowym schorzeniem naczyń mózgowych. Sprawa naczyniowa poprzez zwężenie lub zamknięcie światła naczyń wywołuje ogniska niedokrwienia z następową martwicą mózgu. Zmniejszona w tych miejscach spoistość tkanki mózgowej stanowi według tych auto-

rów obok anatomicznych zmian w naczyniach jeden z podstawowych warunków, które umożliwiają naruszenie ciągłości ściany naczyniowej przez mechaniczne działanie parcia krwi. W sąsiedztwie ognisk krwotocznych stwierdzamy histologiczne zmiany odczynowe glejowo - łącznotkankowe, zmierzające do usunięcia martwej tkanki i do wypełnienia ubytku. W przypadku udarów mózgowych, które w ciągu kilku godzin kończyły się śmiertelnie, spotykamy te zmiany odczynowe już wyraźnie wykształcone, co w zestawieniu z krótkotrwałością choroby dowodzi, że proces uszkadzający mózg rozpoczął się znacznie wcześniej i że wystąpienie objawów klinicznych odpowiada już końcowej fazie sprawy anatomicznej. Przy sekcji mózgu z dużym krwotokiem śródmiąższowym często uderza zupełny brak zniekształcenia i przemieszczenia układu komorowego, brak obrzęku obocznego oraz zachowanie normalnego rysunku zwojów i szerokości rowków w bezpośrednim sąsiedztwie ogniska krwotocznego.

Zjawisko to staje się zrozumiałe, jeżeli przyjmiemy ,że najpierw powstał ubytek tkanki mózgowej, a krew uległa wynaczynieniu do wytworzonej luki, wypełniając ją na podobieństwo plomby. Krwotok do normalnej tkanki stanowiłby przyrost masy, która mogłaby się pomieścić tylko kosztem przestrzeni zajętych przez płynne środowiska śródczaszkowe. Podobnie jak w przebiegu spraw rozrostowych, krwotok powodowałby wyparcie odpowiedniej ilości płynu mózgowo - rdzeniowego, by w ten sposób zyskać miejsce dla powiększonej przezeń objętości mózgu. Następstwami byłyby zniekształcenie i przemieszczenie układu komorowego, spłaszczenie zwojów i zaciśnięcie rowków. Brak tych zmian w wielu mózgach krwotocznych stanowi niewyzyskane do chwili obecnej poparcie przypuszczenia, że krwotok jest zjawiskiem końcowym, rozgrywającym się w tkance już poprzednio obumarłej. W naszym przypadku makroskopowy obraz mózgu oraz przyżyciowy kształt komór uwidocznionych przy pomocy odmy, stanowią dowód popierający słuszność powyższych rozważań. Właściwej przyczyny zjawiska należy poszukiwać wśród czynników powodujących ogniskową martwicę mózgu. Zdaje się nie ulegać wątpliwości, że najważniejszą rolę odgrywają tu zaburzenia w ukrwieniu na tle czynnościowych skurczów naczyniowych lub na podłożu anatomicznych zmian w naczyniach krwionośnych. Naruszenie ciągłości ściany naczyniowej pod wpływem wzmożonego parcia krwi niewątpliwie bywa czasem przyczyną krwotoku o powstaniu udarowym, nie tłumaczy jednak mechanizmu powstania postaci o powolnym przebiegu. Powyżej naszkicowane poglądy patogenetyczne usuwają ten brak, dając patofizjologiczne wyjaśnienie również tych obrazów klinicznych, które są zupełnie odmienne od konwencjonalnych „apopleksyj mózgu". Stopniowy rozwój zmian anatomicznych w drobnych naczyniach prowadzi do powstawania drobnych ognisk martwiczych. Ogniska te częstokroć należą do wspólnego terytorium naczyniowego, leżą więc w niewielkiej od siebie odległości. Pojedyńcze ogniska początkowo zbyt małe, żeby spowodować objawy ogniskowe, w miarę rozwijania się sprawy naczyniowej powiększają się i zlewają ze sobą, stwarzając wreszcie ubytek tkanki który nie może istnieć bezobjawowo. Powolnemu narastaniu uszkodzenia tkanki mózgowej odpowiadałby podobnie rozwijający się obraz kliniczny. Na zakończenie wspomnę, że niektórzy autorzy wyrażają przypuszczenie, że powolny przebieg krwawienia śródmózgowego odpowiada krwotokom żylnego pochodzenia wskutek przerwania ciągłości ściany naczyń żylnych. *(Craig - Adson, B. Sachs)*. Najprawdopodobniej mechanizm i przyczyny powstawania ognisk

krwotocznych w mózgu są rozmaite. Nie można wszystkich przypadków sprowadzić do wspólnego mianownika patogenetycznego. Wydaje się, że każde z podanych tłumaczeń jest słuszne w odniesieniu do pewnych przypadków i dlatego nie należy ich sobie przeciwstawiać w polemicznych dyskusjach, a raczej należy dążyć do zespolenia poszczególnych odmian klinicznych z różnymi czynnikami przyczynowymi.

Wnioski końcowe.

1. Omówiona postać schorzenia mózgu z anatomicznym zejściem w postaci krwotoku lub torbieli rozmiękczynowej stanowi obraz kliniczny, który przebiegiem swym tak dalece upodabnia się do niektórych postaci nowotworu mózgu, że rozpoznanie różniczkowe bywa często niemożliwe. W sytuacjach takich często niesposób wyjść poza rozpoznanie alternatywne: nowotwór mózgu lub sprawa naczyniowego pochodzenia.

2. W takich wypadkach punkt ciężkości rozważań należy przenieść na zagadnienie wskazań i przeciwwskazań do leczenia chirurgicznego.

3. W przypadkach o powolnym przebiegu i o prawidłowym ciśnieniu krwi będziemy dążyć do leczenia operacyjnego niezależnie od tego, która z możliwości rozpoznawczych jest bardziej prawdopodobna, gdyż w obu razach widoki skuteczności interwencji są duże.

S U M M A R Y.

The author reviews the literature concerning cases of intracerebral hemorrhage presenting a symptom complex of brain tumor and presents one personal observation. The clinical course of such types of intracerebral hemorrhage resembles so much the picture of certain cases of a brain neoplasm that a definite diagnosis is hardly possible. The presumptive diagnosis oscillates between a brain tumor and a lesion of vascular origin. It is noteworthy that patients suffering from the discussed form of intracerebral hemorrhage do not present high blood pressure values, being often hypotonic and without clinical signs of a cardio-vascular disease. They are usually younger that those suffering from the clear cut apoplexy.

Since even a ventriculography can leave us in doubt as to the true nature of the lesion, a surgical exploration is most frequently necessary. In the case of a brain tumor its value will be obvious, in case of a hemorrhage of slow progress and in a patient with a normal blood pressure, the surgical intervention may often bring recovery.

PIŚMIENNICTWO:

Bagley Ch.: Spontaneous cerebral hemorrhage etc. Arch. Neurol. and Psychiatr. 27 : 1133, 1932. *Craig W. and Adson:* Arch. Neurol. and Psychiatr. 35 : 701, 1936. *Charcot et Bouchard:* Nouvelles récherches sur la pathologie de l'hémorrhagie cérébrale. Arch. Physiol. norm. et path. Paris 1, 1868. *Globus J. and Strauss I.:* Massive cerebral hemorrhage in its relation to preexisting cerebral softening. Arch. Neurol. and Psychiatr. 18 : 215, 1927. *Kölliker:* cytowany według Handbuch der norm. u. path. Physiologie Bd. VII. Berlin, J. Springer, 1927. *Löwenfeld:* Studien über Ätiologie u. Pathogenese der spont. Hirnblutung. Wiesbaden, J. Bergmann, 1886. *Penfield W.:* The operative treatment of spontaneous intracerebral hemorrage c. M. A. J. 28 : 369, 1933. *Pflueger u. Langendorf:* cyt. wedł. Handbuch d. norm. u. path. Physiologie. Bd. VII. Berlin, J. Springer, 1927. *Rosenblat:* Über die Entstehung der Hirnblutung beim Schlaganfall. Dtsch. Z. Nervenheilk. 61, 1918. *Sachs B.:* Apoplexy. Bull. New York, Acad. Med. 4 : 1250, 1928. *Schwartz, Ph.:* Die Arten der Schlaganfälle des Gehirns und ihre Entstehung, Berlin, J. Springer, 1930. *Westphal, K.:* Über die Entstehung des Schlaganfalles. Deutsch.Arch. klin. Med. Bd. 151, 1926. *Rothfeld J. i Jaburek L.:* Miażdżyca naczyń mózgowych pod postacią guza mózgu. Pol. G. Lek. Nr. 8:22, 1936

Z oddziału chirurgicznego Szpitala im. G. Narutowicza w Krakowie.
Ordynator: *Dr. Jerzy Jasieński.*

Niezwykłe zejście przypadku kamicy moczowodowej, powikłanej roponerczem i ropniem okołonerkowym.

podała

Dr. Zofia Genelli-Trzebicky'a.

Historia choroby naszego przypadku przedstawia się następująco:

Chora, lat 24, została przyjęta do szpitala 23. IX. 1935 r., w czwartym dniu ataku gwałtownych bólów w podżebrzu i okolicy lędźwiowej lewej. Bóle o charakterze ciągłym, nasilały się okresowo, a wystąpiły nagle po podniesieniu ciężaru. Bólom towarzyszyły nudności, dreszcze, podniesienie ciepłoty ciała do 39° i ogólne osłabienie. Wypróżnienia codzienne; brak zaburzeń w oddawaniu moczu. Dotychczas miała nigdy nie chorować. W wywiadach dwa porody prawidłowe i jedno poronienie.

Przy przyjęciu chorej ciepłota ciała wynosiła 38,5°, tętno 100/min., miarowe, dobrze wypełnione i napięte. Wzrost średni, budowa prawidłowa, odżywienie mierne. Skóra blada, spojówki blado różowe. W narządach klatki piersiowej nie stwierdzono zmian chorobowych. Brzuch prawidłowo wysklepiony. Bolesność uciskowa i oporność w podżebrzu i okolicy lędźwiowej lewej; reszta brzucha niebolesna. Mocz kwaśny, o c. g. 1025, zawierał duży ślad białka, w osadzie zaś stwierdzono po kilkadziesiąt leukocytów i kilkanaście krwinek w każdym polu widzenia. Leukocytoza wynosiła 11,600. Zdjęcie rentgenowskie zwykłe (rys. 1) wykazało obecność cienia kształtu pośredniego między owalnym i stożkowatym, ze ściętym końcem górnym, a lekko zaokrąglonym dolnym, długości 2½ cm, ułożonego w całości na poziomie lewego skrzydła kości krzyżowej, nieco przyśrodkowo od stawu krzyżowo-biodrowego. Cień ten mógłby odpowiadać cieniowi kamienia, uwięzłego w dolnej części moczowodu. Obrysy nerek nie były widoczne. Ponadto stwierdzono na zdjęciu sakralizację V kręgu lędźwiowego i rozszczepienie dolnej części kości krzyżowej. Pyelografia dożylna przy pomocy „Uroselektanu B" wykazała obniżenie do poziomu dolnego brzegu IV kręgu lędźwiowego dolnego bieguna i powiększenie rozmiarów nerki prawej, prawidłowy kształt i rozmiary prawej miedniczki, kielichów i moczowodu. Po stronie lewej natomiast nie stwierdzono ani śladu kontrastu; cień nerki, znacznie powiększony, zwłaszcza w wymiarze poprzecznym, zbliżony był do kulistego. Wziernikowanie pęcherza nie wykazało zmian jego śluzówki. Obydwa ujścia moczowodów przedstawiały się prawidłowo, prawe jednak kurczyło się i wydalało mocz czysty, a barwik po 5 min., z lewego natomiast nie stwierdzono wydalania moczu ani barwika w ciągu półgodzinnej obserwacji. Bez najmniejszych trudności udało się wprowadzić do lewej miedniczki cienki cewnik

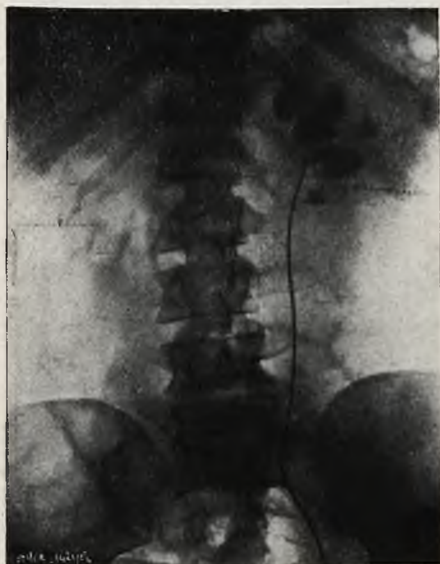


Rys. 1.

moczowodowy, nie podobna było wszakże zebrać z niej moczu mimo drożności cewnika. Pyelografia wstępująca, wykonana po wprowadzeniu do miedniczki 20 cm^3 30% roczczynu bromku sodowego, (rys. 2) wykazała szereg dużych, nieregularnych plam — cieni silnie rozszerzonych kielichów, czy też być może i komunikujących z nimi jam nerki. Moczowód nie wypełnił się płynem kontrastowym. Cień lewej nerki, znacznie powiększony, dolnym swym biegunem sięgał do dolnego brzegu III kręgu lędźwiowego. Cień cewnika moczowodowego przebiegał wzdłuż przyśrodkowej części cienia kamienia, widocznego na lewym skrzydle kości krzyżowej.

Chora zgodziła się na proponowany jej zabieg operacyjny dopiero po upływie dni pięciu, w czasie których gorączkowała do 39°, a bolesność i oporność pod lewym łukiem żebrowym i w okolicy lędźwiowej lewej znacznie się powiększyła. W czasie zabiegu, wykonywanego w uśpieniu ewipanowym, bezpośrednio po przecięciu mięśni otwarto wielki ropień okołonerkowy. Jamę ropnia sączkowano.

W pierwszym tygodniu po zabiegu diureza skąpa (dobowa ilość moczu wahała się między 300 a 500 cm³); spadek ciepłoty i poprawa stanu ogólnego. W końcu drugiego tygodnia wyskok ciepłoty, któremu towarzyszyły objawy lewostronnego zapalenia opłucnej. Począwszy od szóstego tygodnia przebieg bezgorączkowy. W ósmym tygodniu chorą wypisano z powierzchowną ziarniną do dalszego leczenia ambulatoryjnego, z poleceniem zgłoszenia się do szpitala po zagojeniu rany. Mocz, nadal kwaśny, zawierał duży ślad białka i po kilkadziesiąt leukocytów w polu widzenia.



Rys. 2.

Chora zgłosiła się ponownie dopiero po upływie pięciu miesięcy. Podawała, że rana zagoiła się w całości już po dwu tygodniach, że w pierwszych miesiącach po opuszczeniu szpitala czuła się zupełnie dobrze i dlatego się nie zgłasza. Dopiero od kilku tygodni miewa pobolewania w lewej okolicy lędźwiowej, a od kilku dni silne bóle z dreszczami i gorączką powyżej 38°.

Przy przyjęciu ciepłota ciała wynosiła 39,4°, tętno 120 uderzeń na minutę. Język obłożony, podsychający. Brak zmian opukowych i osłuchowych w narządach klatki piersiowej. Brzuch wysklepiony prawidłowo, powłoki wiotkie. Bolesność uciskowa i oporność lewego podżebrza i okolicy lędźwiowej lewej. Leukocytoza 24,600. Mocz o oddziaływaniu kwaśnym, zawierał duży ślad białka, w osadzie zaś znaleziono bardzo liczne krwinki i leukocyty. We krwi stwierdzono 38,8 mg% azotu resztkowego i wzmożoną ilość indykanu, odczyn aldehydowy wypadł dodatnio. Dobowa ilość moczu nie przekracza ½ litra. Ze względu na stany gorączkowe, próby wodnej i zagęszczenia nie przeprowadzono. Pyelografia dożylna: nerka prawa znacznie powiększona, sięga dolnym swym biegunem do poziomu grzebienia kości biodrowej. Cień miedniczki i kielichów ostry, obrysy zupełnie prawidłowe. Nerka lewa również znacznie powiększona, zupełnie nie wydziela kontrastu w czasie całego badania. Cień kamienia moczowodowego na lewym skrzydle kości krzyżowej w tym samym miejscu co poprzednio.

W uśpieniu ewipanowym przystąpiono do zabiegu, pragnąc usunąć zniszczoną nerkę lewą. Po nacięciu powłok, jeszcze przed odsłonięciem nerki, otwarto już jednak ropień okołonerkowy. Próby odnalezienia nerki, jej wnęki i nawet moczowodu okazały się zupełnie bezskuteczne; wszędzie znajdował się rozległy, twardy naciek zapalny, zupełnie uniemożliwiający orientację w stosunkach anatomicznych. Ze względu na to, że już zaraz na początku zabiegu natrafiono na ropień, dalej — na zły ogólny stan chorej — zaniechano dalszych prób poszukiwania nerki i ograniczono się do drenowania jamy ropnia.

Chora gorączkowała wysoko w ciągu pierwszych czterech tygodni po zabiegu. W następnych tygodniach utrzymywały się stany podgorączkowe, z okresowymi wyskokami ciepłoty powyżej 38°, połączonymi z dreszczami. Diureza stale była skąpa; przeciętna ilość wydalanego moczu nie przekraczała ½ litra dziennie. W moczu stale stwierdzano ślad białka, w osadzie zaś w każdym polu widzenia — pojedyncze krwinki i bardzo liczne leukocyty. Przeprowadzone w czwartym tygodniu badanie cystoskopowe wykazało prawidłową pojemność pęcherza, nieznaczne przekrwienie jego śluzówki, zwłaszcza w okolicy ujścia lewego moczowodu i wydzielanie się z lewego ujścia do pęcherza kroplami bardzo gęstej ropy. W moczu pochodzącym z pęcherza stwierdzono 7% białka, w osadzie zaś poza krwinkami i leukocytami — obecność wałeczków szklistych i ziarnistych. Leukocytoza dochodziła do 14,800. We krwi znaleziono 67,20 mg% azotu resztkowego, nieznaczne

wzmożenie ilości indykanu i dodatni odczyn aldehydowy. Chora była przez czas dłuższy senna, apatyczna. Przy próbie wodnej nerki wydaliły w ciągu czterech godzin litr moczu, rozcieńczały go jednak do 1000, a zagęszczały tylko do 1010. Rana wydzielała obfite ilości dość gęstej bezwonnej ropy. Pod wpływem diety bezsolnej i bezbiałkowej, płukań pęcherza i podawania antyseptyków moczowych ogólny stan chorej stopniowo się poprawiał, ciepłota opadła do normy i rana w znacznej części się zaciągnęła. Pozostała po kilku dalszych tygodniach tylko niewielka przetoka w górnym biegunie rany, wydzielająca dość znaczne ilości treści ropnej. Mocz zawierał zaledwie śladzik białka, a osad — do 30 leukocytów w polu widzenia, pojedyncze nabłonki dolnych dróg moczowych i kryształki szczawianu wapnia. Chora opuściła szpital po czteromiesięcznym pobycie, pozostając nadal w leczeniu ambulatoryjnym. Przetoka nie wykazywała w tym czasie żadnej skłonności do gojenia się, mimo to jednak ogólny stan chorej znacznie się poprawił.

W końcu drugiego miesiąca leczenia ambulatoryjnego chora zgłosiła się ze skargami na silne bóle w podbrzuszu i niemożność oddania od kilku godzin moczu. Wydobyto z cewki, zamykający całkowicie jej światło kamień długości trzech cm, grubości w górnej swej części półtora cm, kamień, odpowiadający w zupełności rysunkowi cienia, widocznego na zdjęciach rentgenowskich w dolnej części lewego moczowodu. (rys. 3). W ciągu kilku następnych tygodni zamknęła się przetoka lędźwiowa, chora znacznie się poprawiła i zaczęła przybywać na wadze.



Rys. 3.

Przeprowadzone ostatnio, t. j. w trzy miesiace po opuszczeniu szpitala, badanie moczu w dalszym ciągu wykazało obecność śladu białka, w osadzie zaś — nielicznych krwinek, leukocytów i wałeczków ziarnistych. Na zdjęciu rentgenowskim dróg moczowych nie stwierdza się obecnie komienia. Nerka prawa, jak poprzednio, jest znacznie obniżona, sięga bowiem dolnym swym biegunem niemal do poziomu grzebienia kości biodrowej. Nerka lewa nie jest widoczna. Pyelografia dożylna, (rys. 4.), jak poprzednio, wykazuje prawidłowe wypełnienie kontrastem górnych odprowadzających dróg moczowych po stronie prawej, brak natomiast śladu kontrastu po lewej stronie. Wziernikowanie pęcherza wykazuje istnienie bardzo nieznacznych zmian zapalnych śluzówki w obrębie trójkąta Lieutauda. Obydwa ujścia moczowodów przedstawiają się zupełnie prawidłowo i wydalają mocz czysty. Ujście prawe wydala barwik po czterech minutach, z lewego natomiast w ciągu półgodzinnej obserwacji nie stwierdza się wydalania barwika. Po wprowadzeniu cewnika do światła lewego moczowodu zebrano z lewej miedniczki nerkowej mocz zupełnie przejrzysty, wodnisty, lekko tylko żółtawo podbarwiony. W osadzie moczu stwierdzono obecność pojedyńczych krwinek i leukocytów. Pyelografia wstępująca (rys. 5.) wykazuje znaczne rozszerzenie górnej części lewego moczowodu, niewielkie poszerzenie światła górnego i dolnego kielicha, brak natomiast powiększenia rozmiarów miedniczki. Rysunek kielichów jest zupełnie regularny, wszystkie one jednak są dość blisko obok siebie ułożone, jak przy nerce małych rozmiarów. Koniec cewnika moczowodowego



Rys. 4.

tkwi w górnym kielichu. Moczowód odchodzi od najniższego punktu miedniczki i jest lekko łukowato wygięty ku zewnątrz. Kielichy znajdują się na poziomie I i II kręgu lędźwiowego. Uzyskany wynik pyelografii w niczym nie przypomina obrazu, otrzymanego przy pyelografii wstępującej, przeprowadzonej przed pół rokiem. Odpowiada on raczej nerce zdrowej, względnie stanowi poprzedzającemu wodonercze, gdy w rzeczywistości chodzi o niezwykłe zejście roponercza.

Nie ulega wątpliwości, że mieliśmy w tym przypadku do czynienia z lewostronnym roponerczem, zamkniętym przez kamień moczowodowy dużych rozmiarów, roponerczem w ścisłym tego słowa znaczeniu, a nie z zakażonym wodonerczem. Świadczyła o tym w sposób zupełnie przekonywujący niemożność zebrania moczu z lewej miedniczki nerkowej przy pierwszym badaniu, mimo drożności cewnika moczowodowego, a dalej — wydalająca się kroplami przy badaniu następnym z ujścia tego moczowodu gęsta ropa. Mieliśmy dalej do czynienia nie z wczesnym, lecz z daleko posuniętym okresem roponercza. Świadczy o tym niezbicie obraz uzyskany przed zabiegiem przy pyelografii wstępującej. Nie stwierdziliśmy mianowicie znacznego rozszerzenia miedniczki, a niewielkiego kielichów, jak to bywa we wczesnych okresach rozwoju sprawy. Raczej chodziło o torbiel wielokomorową, składającą się z jam różnokształtnych, powstałych z rozszerzonych kielichów, względnie pozostających z nimi w związku. Obraz ten świadczył o długotrwałości sprawy ropnej, toczącej się w górnych odprowadzających drogach moczowych i w nerce i rozległym zniszczeniu jej miąższu. O tym ostatnim świadczył również całkowicie ujemny wynik pyelografii dożylnej po stronie lewej, uzyskany nietylko przed zabiegiem, lecz i po powrocie chorej do zdrowia, i stwierdzony ostatnio brak wydzielania barwika przez nerkę lewą. Wobec zatrzymania się kamienia w miedniczej części moczowodu powstały rozległe zmiany w całym moczowodzie, miedniczce i nerce. że sprawa ropna, tocząca się w miedniczce, kielichach i miąższu nerki, była bardzo daleko posunięta, świadczy wreszcie ta okoliczność, że przeszła ona na tkanki okołonerkową i okołomoczowodową, wywołała powstanie dwukrotnie otwieranych ropni okołonerkowych i rozległego nacieku tkanek, nacieku tak znacznego, iż nie podobna było zorientować się w stosunkach anatomicznych, odnaleźć moczowodu, wnęki nerki i samej nerki.



Rys. 5.

Jak wiadomo, wytworzenie się ropnia okołonerkowego w przypadku zamkniętego roponercza nie należy bynajmniej do zjawisk wyjątkowych. Ciężkie to i, jak podnoszą podręczniki, nieuleczalne schorzenie nerki, wymagające natychmiastowego jej usunięcia, jeśli tylko niema ku temu szczególnych przeciwwskazań, odbiło się w naszym przypadku i na nerce przeciwnej. Zdjęcia rentgenowskie wykazały powiększenie rozmiarów nerki prawej, badania zaś czynnościowe — upośledzenie jej sprawności, przejawiające się przede wszystkim złym zagęszczaniem moczu;

wreszcie we krwi wykazano zatrzymanie nadmiernej ilości trujących substancyj: azotu resztkowego i indykanu, świadczące o niedomodze nerkowej. Niedomoga ta zaznaczyła się szczególnie silnie w przebiegu pooperacyjnym, to też od tej chwili nie żałowaliśmy, iż przy operacji nie udało się nam usunąć chorej nerki.

Nie ulega dalej wątpliwości, że przy drugim zabiegu otwarto ropień okołonerkowy, komunikujący z jedną z jam nerki, wykonano więc zabieg zbliżony do nefrostomii, zupełnie uzasadniony ze względu na zaznaczające się objawy niedomogi drugiej nerki. Świadczy o tym utrzymywanie się przetoki w okolicy lędźwiowej, przetoki, wydzielającej obficie treść ropną i nie wykazującej żadnej skłonności do zamknięcia się do czasu odejścia drogami naturalnymi uwięzłego w moczowodzie wielkiego kamienia. Dopiero po odejściu kamienia ilość wydzieliny ropnej z przetoki znacznie się zmniejszyła i po kilku tygodniach zamknęła się ona ostatecznie.

Samoistne odejście tak wielkiego kamienia, uwięzłego w miedniczej części moczowodu, należy do rzadkości. Zamknięcie się przetoki po otwarciu ropnia okołonerkowego i roponercza i po odejściu kamienia moczowodowego, przywracającym drożność moczowodu, nie jest czymś niezwykłym. Tylko przy stałej niedrożności moczowodu liczyć się musimy z powstaniem przetoki trwałej; znane są natomiast przypadki, w których przetoki zamykały się po długim czasie, nawet po roku i dwu latach, gdy tylko moczowód stawał się znów drożny. Podobnie też zamykały się one po całkowitym zniszczeniu miąższu nerkowego, gdy sekrecja nerkowa ostatecznie ustała. Niezwykłym natomiast jest w naszym przypadku zejście sprawy ropnej, toczącej się w nerce, jej kielichach i miedniczce. Roponercze uważane jest za sprawę nieodwracalną, wymagającą usunięcia nerki. Tylko stare dzieła wspominają o tym, że nakłucia od strony lędźwiowej wypełnionej ropą miedniczki, metoda od dawna zarzucona ze względu na niebezpieczeństwo powstawania ropowicy zaotrzewnowej, miały niekiedy prowadzić do wyleczenia. Nowsze podręczniki mówią, że nawet w przypadkach, w których pierwotna nefrektomia jest niemożliwa, niekiedy po nacięciu i drenażu wypełnionej ropą torbieli nerkowej ogólny stan chorego nagle znacznie się poprawia, nerka przeciwna, nieuszkadzana już dalej przez jady, pochodzące z nerki chorej, zaczyna funkcjonować normalnie, wobec czego staje się możliwą nefrektomia. Gdyby zaś to nastąpić nie mogło, *Albarran* polecał w celu uzyskania zamknięcia przetoki lędźwiowej, stanowiącej przykre kalectwo, wprowadzenie na stałe cewnika moczowodowego do miedniczki zniszczonej nerki.

Legueu podkreśla, że otwarcie wtórnego ropnia, powstałego przez przejście sprawy z nerki dotkniętej roponerczem na okoliczną tkankę okołonerkową, w szeregu przypadków jest równoznaczne z nefrostromią, która przy ropnej torbieli nerkowej polega przecież na otwarciu ropnia. Po zabiegu tym pozostaje przetoka, utrzymująca się trwale. Jest ona nawet czymś koniecznym, pozwala bowiem nerce na opróżnianie się z treści ropnej, uprzedza nawroty sprawy, prowadzi do poprawy stanu ogólnego i przedłuża życie choremu. Każda nerka dotknięta roponerczem jest stracona, nie posiada żadnej wartości, jeśli więc ogólny stan chorego na to pozwala, winna ona być usunięta wtórnie po pewnym czasie; tylko w ten sposób bowiem można uzyskać całkowite wyleczenie. Spontaniczne wyleczenie roponercza nie jest wprawdzie czymś niemożliwym, lecz zdarza się zupełnie wyjątkowo. Nastąpić ono może wyłącznie w ten sposób, że proces bliznowacenia tkanki okołonerkowej przenosi się i na szczątki nerki, przy czym za-

rasta również i światło moczowodu. Chodzi tu więc o ten sam mechanizm śmierci nerki, jaki spotykamy w wyjątkowych przypadkach gruźlicy nerki.

Marion mówi, że samoistne opróżnienie się roponercza drogą naturalną przez moczowód bywa zejściem wyjątkowym. Opróżnienie to nie jest bynajmniej równoznaczne z wyleczniem, — czyni ono tylko znośnym dalsze życie chorego w ciągu pewnego, niekiedy nawet dość długiego czasu. Może on bowiem nie odczuwać większych dolegliwości do chwili znaczniejszego zaostrzenia się toczącej się w nerce sprawy. Wspomina również o innym zejściu roponercza — przebiciu torbieli do tkanki okołonerkowej, przy czym podkreśla, że otwarcie ropnia sprowadza tylko przejściową ulgę w cierpieniach; ropienie utrzymuje się stale i pociąga za sobą śmierć chorego z powodu charłactwa. Tylko w tych spośród przypadków otwartego roponercza, w których chodzi o sprawę wczesną, stosunkowo krótkotrwałą, przetoka po nefrostomii może się zamknąć po pewnym czasie i możemy uzyskać całkowite wyleczenie.

Przypadek nasz nie odpowiadał żadnemu z tych warunków. Sprawa w nerce toczyła się w ciągu dłuższego czasu i doprowadziła do znacznego jej zniszczenia. Komunikujący ze światłem torbieli ropień okołonerkowy otwarto przy zamkniętym roponerczu; pozostawało ono zamkniętym jeszcze w ciągu pół roku, i dopiero po tym czasie otwarło się samoistnie przez odejście drogami naturalnymi wielkiego kamienia moczowodowego. To odejście kamienia zamykającego świato moczowodu, doprowadziło do zamknięcia się przetoki lędźwiowej i niemal całkowitego wygaśnięcia sprawy ropnej, toczącej się w moczowodzie, miedniczce, znacznie rozszerzonych kielichach i w miąższu nerki, jak o tym świadczy przejrzysty mocz, zawierający stosunkowo niewiele leukocytów, zebrany ostatnio z tej nerki. Co więcej jednak, i co dziwniejsze, zmiany, zaszłe w górnych odprowadzających drogach moczowych nerki, w kielichach i miedniczce, cofnęły się niemal w zupełności i, jeśli o obrysy miedniczki i kielichów chodzi, przypominają one dziś stosunki prawidłowe. Przy porównaniu obrazu uzyskanego przy pyelografii wstępującej przed rokiem i dziś, zupełnie wierzyć się nie chce, aby mogło chodzić o tę samą nerkę, aby otwarcie ropnia okołonerkowego i samoistne odejście kamienia moczowodowego doprowadzić mogło do zniknięcia widocznych na pierwszym zdjęciu szeregu jam w nerce, niemal do restitutio ad integrum jej kielichów i miedniczki. Najbardziej tylko ucierpiał sam miąższ nerki; powstały w nim zmiany nieodwracalne, skoro nerka ta nadal nie wydziela barwika, ani środka kontrastowego przy pyelografii dożylnej. Wartość tej nerki niewielka, funkcjonuje ona jednak i wydziela mocz czysty.

Nie znaleźliśmy w dostępnym nam piśmiennictwie przypadku z podobnym zejściem sprawy. Świadczy on o tym, że niekiedy możliwe jest wyleczenie nawet daleko posuniętego roponercza, wbrew samej definicji roponercza, że przedstawia ono ostateczne zejście procesu ropnego toczącego się w nerce, sprawę bezwzględnie nieodwracalną i wymagającą jaknajrychlejszego usunięcia nerki. Wychodząc z tego założenia szereg chirurgów usiłuje w ostatnich czasach zacieśnić niemal do ostatecznych granic przeciwwskazania do pierwotnej nefrektomii. Dla *Scholla, Judda, Neckera* i innych przejście sprawy ropnej z nerki na tkankę okołonerkową nie stanowi przeciwwskazania do pierwotnego usunięcia nerki. Trudności techniczne związane z przemianą włóknistą rozległego nacieku okołonerkowego rozwiązali *Izrael, Albarran, Tuffier i Zuckerkandl* przez opracowanie szczególnej techniki nefrektomii

wśródtorebkowej, w najcięższych zaś przypadkach uciekano się nawet do usunięcia nerki par morcellement. Również upośledzenie sprawności czynnościowej drugiej nerki stanowić ma dla niektórych tylko przeciwwskazanie względne. *Necker* przytacza dwa tego rodzaju przypadki, *Josepha* i *Izraela*, których chorzy dobrze znieśli pierwotny zabieg doszczętny. Nie kwestionując słuszności tych poglądów mam wrażenie, iż nasza chora nie przetrzymałaby takiego zabiegu, wtórna zaś nefrektomia nie grozi jej obecnie, a prawdopodobnie nie będzie grozić i w przyszłości.

RÉSUMÉ

Evolution exceptionnelle d'un cas de pyonéphrose calculeuse.

par

Z. Genelli-Trzebicky'a.

L'auteur décrit un cas de pyonéphrose gauche, formée par un calcul, de dimensions 3 × 1½ cm, enclavé dans la partie inférieure de l'uretère. Le traitement consistait dans l'incision deux fois repetée d'un abcés paranephritique en communication avec une poche de pyonéphrose. La nephrectomie a été delaissée faute de difficultés techniques. Aprés l'opération d'ailleurs vient se manifester une insuffisance du rein droit. Six mois plus tard le calcul fut expulsé spontanemment, après quoi la fistule lombaire se ferma promptement. A l'heure actuelle la valeur fonctionnelle du rein est très restreinte (il n'excréte ni colorant, ni contraste à la urographie intraveineuse), mais il fonctionne quand même et l'urine secretée ne contient point d'élements pathologiques. Chose curieuse, les lésions des voies urinaires descendentes supérieures sont complètement disparues. Les contours du bassinet et des calices paraissent tout à fait normaux, cependant que la pyelographie faite il y'a 6 mois montra l'existence d'une grande poche multiloculaire remplie de pus. Cette issue favorable d'un cas pareil parait unique dans la littérature.

Z Oddziału Chirurgicznego Szpitala S. S. Elżbietanek w Warszawie.
Ordynator Doc. Dr. *J. Zaorski.*

Przypadek niedrożności mechanicznej jelit w toku ciąży.

podał

Dr. Jan Raczyński.

W praktyce chirurgicznej spotykamy nierzadko schorzenia, gdzie powodzenie lecznicze zależy od szybkiego rozpoznania i stanowczej decyzji. W przypadkach przewlekłych możemy sobie dopomóc, przeprowadzając potrzebne badania laboratoryjne, natomiast w przypadkach nagłych musimy się zdecydować odrazu, nie czekając na wynik badań pomocniczych. Zmuszeni jesteśmy wówczas ograniczyć się do wyczerpujących wywiadów i dokładnego badania fizykalnego, które powinny nam dostarczyć wszelkich danych rozpoznawczych. I jeżeli nie jesteśmy nawet w sta-

nie postawić ścisłego rozpoznania, musimy mimo to stanąć nieraz wobec decyzji niezwłocznego wykonania operacji.

Jako przykład wątpliwości rozpoznawczych i leczniczych w przypadku niedrożności mechanicznej jelit w toku ciąży podajemy opis przypadku, dotyczącego chorej l. 20, która dnia 26.X. 1935 została przywieziona do szpitala z rozpoznaniem: intoxicatio gastrica acuta.

Chora skarży się na silne bóle w nadbrzuszu, odbijania, wymioty i zatrzymanie wiatrów. Początek schorzenia nagły, rzekomo po błędzie dietetycznym, 5 dni temu. Do chwili przybycia do szpitala wymioty kilka razy dziennie, początkowo rzadziej, ostatnio częstsze. Ostatni stolec obfity cztery dni temu po lawatywie; w dniu wczorajszym po lawatywie odeszła tylko słabo podbarwiona woda; wiatry nie odchodzą od 2 dni. Ostatni period przed 5 mies., przedtem normalny, co 4 tygodnie, niebolesny. Przed obecną chorobą czuła się dobrze, nie miała żadnych dolegliwości. Rok temu przebyła operację wyrostka robaczkowego. Poza tym zawsze zdrowa, wywiady rodzinne bez znaczenia.

Przedmiotowo stwierdza się: ogólny stan chorej ciężki, od czasu do czasu odbijania, wymioty, oddech cuchnący o kałowej woni. Wzrost średni, budowa prawidłowa, odżywienie podupadłe. Skóra szaro - blada, śluzówki blado różowe, język obłożony, podsychający. W uzębieniu duże braki. W zakresie narządów klatki piersiowej nic szczególnego. Ciepłota 36,9°, tętno 96/min., miarowe, średnio napięte. Brzuch wypuklony; w obrębie prawego dolnego kwadranta blizna po operacji wyrostka robaczkowego z cięcia Jalaguiera; nadbrzusze wzdęte. W pod- i śródbrzuszu wyczuwa się guz twardy, sięgający na dwa palce poprzecznie poniżej pępka, kształtu owalnego, słabo przesuwalny na boki (odpowiadający powiększonej macicy). Tkliwość uciskowa powłok, szczególnie w obrębie nadbrzusza i lewego podżebrza; napięcie powłok wszędzie jednakowe. Opukowo poza obrębem guza odgłos bębenkowy; osłuchowo w nadbrzuszu bliżej podżebrza lewego stwierdza się dźwięczne przelewania, występujące co 5 — 10 minut. W czasie napadów bólowych słabo zarysowuje się w nadbrzuszu stawianie się jelit. Badaniem przez odbytnicę nic chorobowego się nie stwierdza. W zakresie narządów moczowo - płciowych odchyleń od normy brak. Odruchy prawidłowe. Badanie ginekologiczne wykazuje powiększenie macicy, odpowiadające 5. miesiącowi ciąży; przydatki wolne.

Mocz kwaśny, c. gat. 1015, białko, cukier, indykan — ujemne, urobilinogen — dodatni. W osadzie nic szczególnego.

Badanie krwi: leukocytów — 8800; neutrof.: pałeczkowatych 14%, wielojądrzastych 68%; limfocytów 17%; monocytów 1%; erytrocytów 4.000.000; hemoglobiny 72%; wskaźnik 0,9.

Chorej zastosowano wysokie lawatywy, wstrzyknięto perystaltynę. Po lawatywach odeszła czysta woda, wiatry nie odchodzą, odbijania i wymioty są częstsze, tętno przyśpiesza się stopniowo, dochodząc do 120 na min.

Wobec narastania objawów, zdecydowano się na zabieg operacyjny — laparotomię, którą wykonano w uśpieniu eterowym z cięcia Lennandra po stronie prawej. Po otwarciu otrzewnej stwierdzono obecność surowiczego krwawego płynu; rozdęte i przekrwione pętle jelit odsunięte są ku górze przez powiększoną macicę, sięgającą do pępka. W nadbrzuszu i okolicy podżebrzy przyczyny niedrożności nie stwierdzono. Wobec powyższego po odsunięciu pętel jelit cienkich ku górze i macicy w bok na lewo, zbadano okolicę kątnicy. Stwierdzono, iż w tej okolicy jelita cienkie tworzą konglomerat zrośnięty z kątnicą i otrzewną ścienną. Jedna z pętel jelita krętego odległa o 70 centymetrów od zastawki Bauhina, jest przewężona przez duży płaszczyznowy zrost i naciągnięta mocno ku górze przez powiększoną macicę. Zrost oddzielono na ostro; poniżej znaleziono drugi odcinek tegoż jelita, bliższy jelita grubego, przyrośnięty zrostami płaszczyznowymi do kątnicy i otrzewnej talerza biodrowego, jeszcze niżej ta sama pętla umocowana trzecim zrostem do otrzewnej ściennej talerza biodrowego. Po oddzieleniu jelita i obszyciu otrzewną miejsc uwolnionych od zrostów, jak również po stwierdzeniu całkowitego wypełniania się obwodowych odcinków uprzednio spadniętych jelit, jamę brzuszną zamknięto szczelnie. Chora zniosła zabieg dobrze. Przebieg pooperacyjny bez powikłań.

24.XI. Chora wypisana ze szpitala, wyleczona z utrzymaną ciążą 5-cio miesięczną.

W opisanym przypadku mieliśmy do czynienia z niedrożnością przewodu pokarmowego, spowodowaną przez macicę ciężarną, która powiększając się naciągała stopniowo jelito kręte, przymocowane do kątnicy zrostami, powstałymi po przebytej operacji wyrostka robaczkowego.

Jak wiadomo niedrożność występuje albo w postaci ostrej z wymiotami, drobnym tętnem, obfitymi potami, brakiem stolców, zatrzymaniem wiatrów i t. d., albo w postaci przewlekłej, cechującej się brakiem gwałtownych bólów początkowych, gdzie raczej dokładne wywiady i dane przedmiotowe umożliwiają rozpoznanie cierpienia, spowodowanego zazwyczaj przeszkodą mechaniczną, stopniowo narastającą.

Jeżeli uwzględnimy w wywiadach czynniki mogące wywołać omawiane schorzenie, (guzy, ich skręty, przebyte operacje — zrosty), w takim razie będziemy mogli ustosunkować się krytycznie również do objawów klinicznych i uchronić się od błędnego rozpoznania.

Przy badaniu wstępnym naszej chorej wymioty można było odnieść do ciąży; odrzuciliśmy jednak to przypuszczenie wobec innych groźniejszych objawów (zapach kałowy, wzdęcie i t. d.). Nie mówimy tu oczywiście o wymiotach ciężarnych, ponieważ objawy niepokojące wystąpiły nagle dopiero w 20. tygodniu ciąży, lecz o zespole zatrucia ciążowego, który występuje w pierwszej połowie ciąży, ale który dałby objawy mózgowe, gorączkę, drobne tętno; w moczu mielibyśmy aceton, kwas acetooctowy, a we krwi znaczne przesunięcie obrazu w lewo. Obraz ostrego zatrucia żołądkowego nie odpowiadał również objawom spostrzeganym u chorej. Pozostawało więc przypuszczenie niedrożności wywołanej albo ciążą, albo innymi czynnikami (zrostami, guzami), działającymi w przebiegu ciąży.

Co do niedrożności spowodowanej przez ciążę powstać ona może w związku z zaburzeniami układu wegetatywnego w następstwie zwiotczenia ścian jelit i upośledzenia ruchów robaczkowych. Prócz tego musimy pamiętać o niedrożnosci na tle zrostów, występującej dość często podczas ciąży.

Mogliśmy w danym przypadku myśleć o zrostach tym bardziej, że chora przed rokiem była operowana z powodu ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego, co zawsze może pozostawić zrosty.

Aby uzupełnić obraz, zwróciliśmy się po informacje do oddziału, gdzie chora przebyła operację wyrostka. Według tamtejszej historii choroby w czasie operacji stwierdzono tylko przekrwienie wyrostka i niewielkie zmiany śluzówki; usunięcie wyrostka nie przedstawiało trudności, natomiast w otoczeniu kątnicy i w obrębie miednicy małej stwierdzono wówczas rozległe zrosty. *Hang i Hendorfenn* utrzymują na podstawie doświadczenia (powtórne laparotomie), że po przebyciu ciąży zrosty pooperacyjne znikają w 25% przypadków, ponieważ ciąża, wskutek towarzyszącego jej przekrwienia i stopniowego powolnego rozciągania, doprowadza do zaniku i przerwania zrostów. U naszej chorej zrosty musiały być bardzo mocne, i dlatego powiększająca się macica nie przerwała ich, ale naciągała stopniowo, aż doszło do zagięcia jelit w 3 miejscach. Ta powolność naciągania miała o tyle szczęśliwy wynik, że uchroniła jelito od groźniejszych zmian jego ściany, mimo kilkudniowego trwania zagięcia.

Po przecięciu zrostów uwolnione jelito wróciło do stanu prawidłowego, a przebieg zdrowienia był zupełnie gładki. Dzięki operacji usunęliśmy stan groźny tak dla matki jak i dla płodu.

Już po napisaniu powyższego ukazała się praca *Pactielsa* i *Straetmansa* (Journ. des Prat. N. 25. 1936), gdzie autorzy, opisując podobny stan, omawiają go, jako trudny do rozpoznania a ważny pod względem diagnostycznym, ponieważ tylko wczesna operacja może uratować prócz matki także dziecko, tj. utrzymać ciążę.

TECHNIKA OPERACYJNA

Technika operacyj na nerwie przeponowym.

podał

Dr. Władysław Ostrowski.

Powstająca w kraju sieć poradni przeciwgruźliczych i stacyj odmy sztucznej powoduje konieczność wprowadzenia do powszedniej praktyki chirurgicznej również zabiegów na nerwie przeponowym. Aby jednak ten sposób leczenia gruźlicy płuc zdobył również na nowych terenach należne uznanie, trzeba, by zabiegi, mające na celu porażenie przepony, były proste w wykonaniu, trwały krótko i nie dawały ani większego ryzyka operacyjnego ani zawodów. Wiąże się to ściśle ze sposobem ich wykonywania.

Są to zabiegi, które nie wymagają żadnego specjalnego przygotowania chorego. Chory nie powinien być naczczo, podawanie narkotyków przed operacją jest przeważnie zbędne. Bardzo ważną natomiast rzeczą jest dobre oświetlenie terenu operacyjnego, najlepiej za pomocą lampy na ruchomym stojaku. Operowanie przy niedostatecznym oświetleniu, nawet przy bardzo dokładnej znajomości anatomii, może mieć niemiłe następstwa.

W skład instrumentarium, prócz noża, nożyczek, 4 szczypczyków Kochera, 2 pincet chirurgicznych, 1 pincety anatomicznej, 2 haków tępych, narzędzia do nakładania klamerek i spinaków do serwetek, osłaniających teren operacji, wchodzić powinien jednozębowy dobrze zagięty haczyk do chwycenia nerwu przeponowego.

Wobec małej ilości narzędzi operujący sam je bierze ze stolika i odkłada z powrotem. Rola pomocnika ogranicza się jedynie do trzymania haków nieruchomo w położeniu nadanym przez operującego.

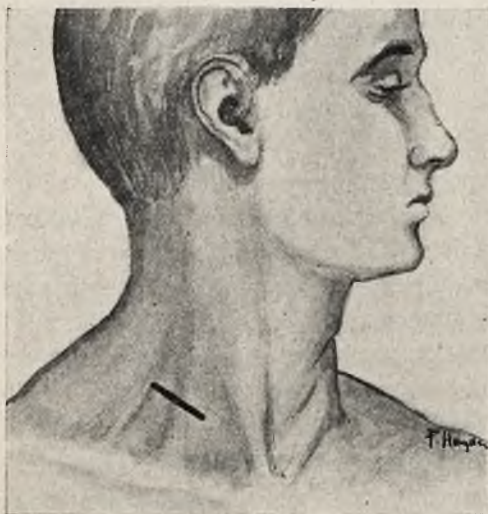
Chory leży równo na plecach z kończynami górnymi ułożonymi wzdłuż tułowia a twarzą zwróconą w stronę przeciwną do tej, gdzie ma być dokonany zabieg. Przechylanie głowy do tyłu jest dla bardzo wielu chorych przykre, a przy tym nie ułatwia bynajmniej chirurgowi zadania. Zbytecznym jest również przywiązywanie chorego do stołu operacyjnego. Odwołanie się do jego rozsądku jest najlepszym środkiem na przesadną niekiedy obawę przed zabiegiem.

Operujący staje po stronie, gdzie ma być dokonany zabieg, pomocnik po stronie przeciwnej. Do osłonięcia pola operacyjnego, uprzednio przygotowanego za pomocą benzyny, eteru i jodyny, wystarczają 3 serwetki, przy czym nos i usta chorego powinny pozostać nieprzykryte.

Do znieczulenia wystarcza około 10 cm^3 ½% nowokainy. Dodanie kilku kropel adrenaliny pozwala operować niemal bezkrwawo, ułatwia orientację w ranie i czyni zbędnym nakładanie podwiązek. Środek znieczulający wstrzykiwać należy doskórnie, a nie podskórnie, i ściśle w miejscu, gdzie ma być dokonane cięcie. Znieczulenie występuje natychmiast, co pozwala bezpośrednio po odłożeniu strzykawki rozpocząć operację. Znieczulenia wymaga skóra, a następnie nerw, gdy zostanie uwidoczniony. Nastrzykiwanie mięśni i innych tkanek jest zbyteczne.

Cięcie poprzeczne albo zlekka skośne (z góry i od tyłu na dół i ku przodowi) w fałdzie skórnym jest najbardziej dogodne i pozostawia najmniej widoczną bliznę (rys. 1). Długość cięcia zależy od stopnia otyłości chorego. U osób szczupłych może

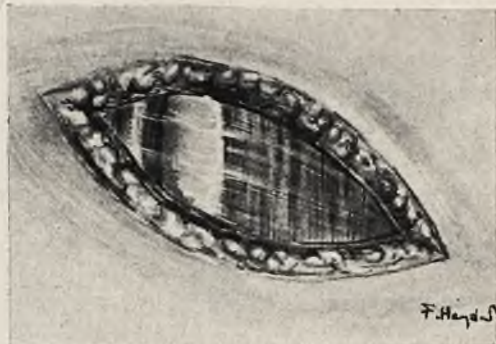
ono nie przekraczać 2 cm., natomiast u otyłych lepiej odrazu wykonywać cięcie długości około 4 cm. Poziom cięcia w stosunku do obojczyka należy uzależniać od osoby chorego. U osób z szyją długą dogodniej jest robić cięcie o 3 palce poprzeczne nad obojczykiem, podczas gdy u osób z szyją tęgą i krótką lepiej robić cięcie nieco niżej, mianowicie o 1½ — 2 palce nad obojczykiem. Odszukiwanie nerwu z cięć niżej położonych bywa przeważnie trudniejsze. Cięcie skóry należy prowadzić z



Rys. 1.

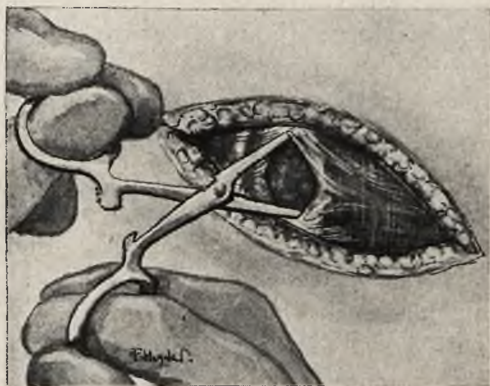
takim wyrachowaniem, żeby jego środek krzyżował boczny brzeg mięśnia mostkowo-sutkowo-obojczykowego (jego brzuśca obojczykowego). W wielu razach mięsień jest widoczny przez powłoki. Jeżeli z powodu otyłości chorego jest on niewidoczny, wskazówką służy żyła jarzmowa zewnętrzna, do której powinien dochodzić boczny koniec cięcia skórnego.

Po przecięciu skóry i mięśnia szerokiego szyi uwidacznia się boczny brzeg mięśnia moskowo - sutkowo - obojczykowego (rys. 2). Dalszą drogę torujemy sobie na tępo zamkniętymi kleszczykami Kochera: przebijamy na tępo kleszczykami u bocznego brzegu mięśnia mostkowo-sutkowo-obojczykowego powięź szyi i poszerzamy ten otwór (przez rozwarcie wprowadzonych kleszczyków) ku górze i ku dołowi



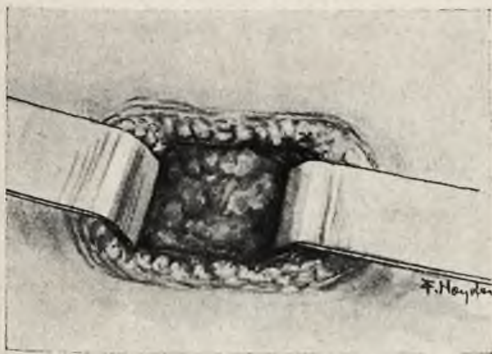
Rys. 2.

w takim stopniu (rys. 3), żeby można było doń wprowadzić haki tępe. Ranę szeroko rozciągamy hakami na boki, przy czym jeden hak zabiera mięsień mostkowo-sutkowo-obojczykowy, a drugi żyłę jarzmową zewnętrzną i otaczające ją tkanki wraz z mięśniem łopatkowo-gnykowym (rys. 4). Haki dajemy do trzymania pomocnikowi; nie wolno mu zmieniać ich położenia. Poszukiwanie nerwu w tym momencie byłoby przedwczesne, ponieważ brak jeszcze anatomicznych danych, które pozwalają nerw rozpoznać z całą pew-



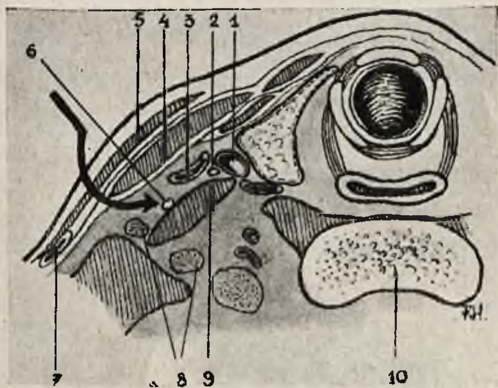
Rys. 3.

nością. Należy przede wszystkim odszukać i obnażyć mięsień pochyły przedni, pod którego pochewką powięziową nerw przebiega.



Rys. 4.

Dla rozpoznania mięśnia pochyłego przedniego należy wziąć pod uwagę jego stosunki topograficzne z narządami sąsiednimi (rys. 5). Przyśrodkowo od niego leży



Rys. 5. Przekrój szyi na poziomie cięcia operacyjnego (schematycznie). Strzałka wskazuje drogę operacyjnego dotarcia do n. przeponowego po przez skórę, m. szeroki szyi do m. pochyłego przedniego (po odchyleniu bocznego brzegu m. obojczykowo-sutkowego).
1. t. szyjna, 2. n. błędny, 3. żyła jarzmowa wewn., 4. m. obojczykowo-sutkowy, 5. m. szeroki szyi, 6. nerw przeponowy, 7. żyła jarzmowa zewn., 8. splot barkowy, 9. m. pochyły przedni, 10. trzon kręgu (C_7 — D1). Por. także rys. 11.

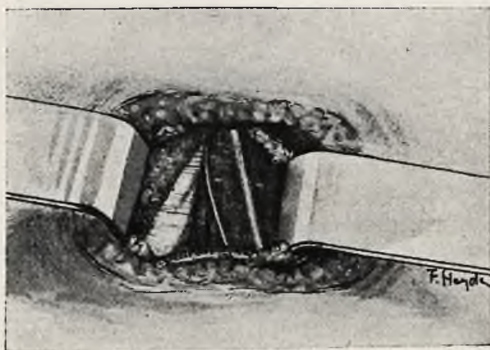
żyła jarzmowa wewnętrzna wraz z nerwem błędnym i tętnicą szyjną, bocznie — splot barkowy, od przodu — dość gruba warstwa tkanki tłuszczowej, zawierająca gruczoły chłonne. Zjawienie się tej warstwy tłuszczowej na dnie rany dowodzi, że jesteśmy na właściwej drodze. Upewnić się w tym można dotykiem. Palec wyczuwa wyraźnie w dnie rany poprzez tkankę tłuszczową mięsień w postaci gładkiego twardego tworu, przebiegającego z góry na dół do guzka Lisfranka. Lepiej, niż palcem, posługiwać się w tym celu narzędziem, np. zamkniętymi kleszczykami Kochera, zwłaszcza wtedy, gdy operuje się bez rękawiczek. W celu dotarcia do omawianego mięśnia rozsuwamy zamkniętymi kleszczykami Kochera leżącą na mięśniu tkankę tłuszczową, którą stopniowo zabieramy pod haki, wyjmując je z rąk pomocnika, a następnie znów mu je oddając.

Zboczenie z właściwej drogi w kierunku przyśrodkowym — do czego wystarcza nieznaczne nawet przesunięcie haków — poznaje się po tym, że tkanka oddycha, co jest spowodowane pęcznieniem żyły jarzmowej wewnętrznej podczas wydechu i spadaniem się jej podczas wdechu. Mięśnia pochyłego należy więc szukać bardziej bocznie. W razie przesunięcia haków zanadto w kierunku bocznym, uwidocznią się grube pnie splotu barkowego, biegnące na dół i w bok — poszukiwany mięsień leży więc bardziej przyśrodkowo. W większości przypadków napotykamy po drodze dość grube naczynia biegnące w ranie poprzecznie. Są to naczynia poprzeczne szyi, leżące na przedniej powierzchni mięśnia pochyłego. Należy je oszczędzić i mięsień obnażyć nad nimi.

Po zsunięciu na boki tkanki tłuszczowej, pokrywającej mięsień pochyły przedni, poszukiwania nerwu przeponowego najczęściej są zbędne, ponieważ jest on dobrze widoczny pod powięzią tego mięśnia na dnie rany. Jeżeli nerwu nie znajdujemy odrazu, wypada odsłonić brzeg mięśnia, przyśrodkowy, albo boczny, posunąć się po jego przedniej powierzchni bardziej ku górze albo ku dołowi. Dla roz-

poznania nerwu przeponowego należy pamiętać, że:

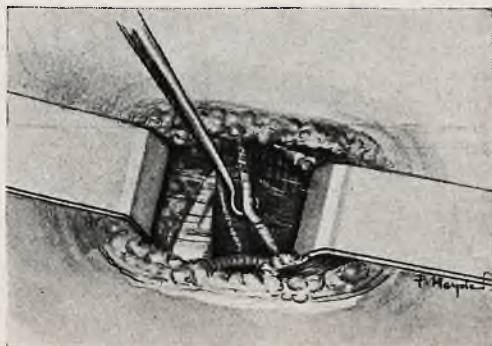
1) leży on pod powięzią mięśnia pochyłego przedniego, pod którą daje się przesuwać na boki,
2) biegnie ukośnie z góry na dół od bocznego brzegu wspomnianego mięśnia do jego brzegu przyśrodkowego,
3) podchodzi na mięśniu pochyłym pod naczynia poprzeczne szyi (rys. 6).



Rys. 6.

Jeżeli nerwu przeponowego we właściwym miejscu nie spotykamy, nie należy zbyt pochopnie myśleć o anomalii anatomicznej. Jak wynika z mojego doświadczenia, obejmującego około 900 zabiegów na nerwie przeponowym, anomalie anatomiczne są o wiele rzadsze, niż się to ogólnie przypuszcza. Przyczyną trudności w odnalezieniu nerwu przy postępowaniu wyżej opisanym bywa najczęściej błąd techniczny, polegający na zsunięciu nerwu z mięśnia pochyłego wraz z tkanką tłuszczową i zabraniu pod hak. Zdarzyć się to może wtedy, gdy powięź pokrywająca mięsień jest bardzo słabo rozwinięta, co się nieraz widuje u kobiet. W tych razach należy znajdującą się pod hakami tkankę tłuszczową uwolnić, a gdy pokryje ona znów mięsień pochyły, rozsunąć ją na boki już w innym niż uprzednio miejscu z zachowaniem niezbędnych ostrożności.

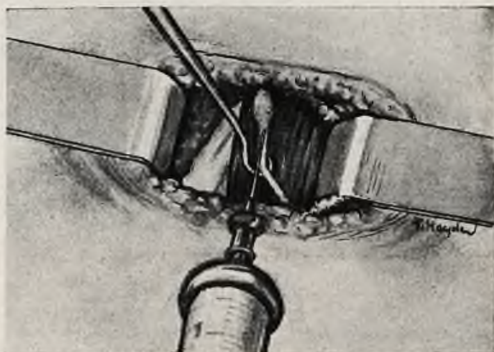
Po upewnieniu się, że odnaleziony nerw jest istotnie nerwem przeponowym, ujmujemy go poprzez powięź mięśnia pochyłego ostrym jednozębowym haczykiem (rys. 7) i nieco unosimy. Przy takim postępowaniu na haczyk zostają wzięte wraz



Rys. 7.

z nerwem otaczające go włókna powięzi i mięśnia oraz nieco tkanki łącznej, przez co instrument nie styka się z nerwem bezpośrednio, i ten moment operacji jest jeszcze zupełnie bezbolesny.

Dalej jednak, przed postąpieniem z nerwem w taki czy inny sposób, należy go uprzednio znieczulić. W tym celu w uniesiony na haczyku nerw wstrzykuje się dośrodkowo od haczyka kilkanaście — kilkadziesiąt kropel środka znieczulającego



Rys. 8.

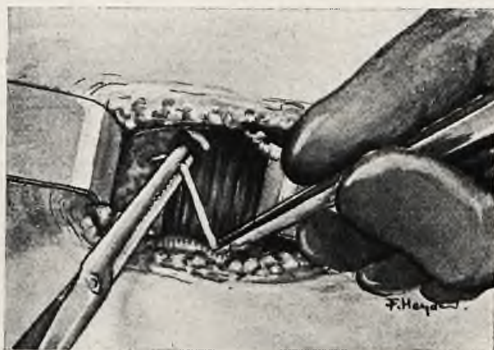
(rys. 8). Wstrzykiwanie w nerw bywa tym mniej przykre, im cieńszej igły uży-

wa się do tego. Wobec tego wszakże, że jest ono zawsze bolesne, konieczne jest uprzedzenie chorego o przykrej sensacji, jakiej za chwilę ma doznać. Nastrzyknięcie nerwu nowokainą nie znosi całkowicie bólu, jaki wystąpi następnie podczas miażdzenia i przecinania nerwu, niewątpliwie jednak ból ten znacznie łagodzi.

Postępowanie z tak przygotowanym nerwem bywa następnie rozmaite w zależności od rodzaju zmian chorobowych, z powodu których wykonuje się zabieg, i w zależności od zmian współistniejących. Niekiedy wskazane bywa jedynie zmiażdżenie nerwu, przecięcie go, nastrzyknięcie alkoholem, wycięcie nerwu; niekiedy znów dążyć należy do wyrwania całego nerwu albo możliwie długiego jego odcinka.

Zmiażdżenie uniesionego na haczyku i znieczulonego uprzednio nerwu przeponowego wykonywamy za pomocą kleszczyków Kochera obwodowo od miejsca, gdzie w nerw wstrzyknięto nowokainę, a przy tym na dwóch albo na trzech poziomach, co stwarza pewność, że wszystkie włókna wchodzące w skład nerwu zostaną uszkodzone. Przecięcie nerwu nie wymaga opisu. W celu alkoholizacji należy nerw, uniesiony na haczyku, uwolnić pincetą od otaczających go włókienek mięsnych i łącznotkankowych na przestrzeni kilku centymetrów, podsunąć pod nerw pasek gazy i wstrzyknąć do nerwu tyle mocnego (70° — 90°) alkoholu, aż nerw wyraźnie napęcznieje. Ponieważ alkoholizacja działa na nerw w sposób podobny do zmiażdżenia, a jest bardziej kłopotliwa w wykonaniu, stosuje się ją tylko wyjątkowo.

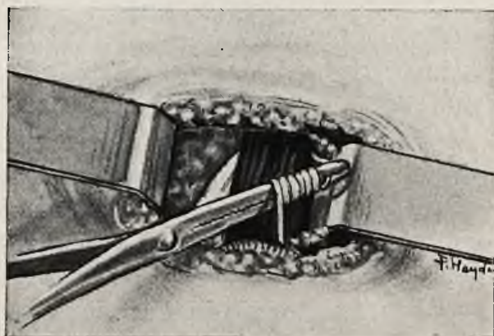
Gdy zadanie polega na wyrwaniu nerwu przeponowego albo wycięciu jego kawałka, należy nerw chwycić kleszczykami Kochera tuż pod haczykiem, a przeciąć go nożyczkami powyżej haczyka. W ten sposób powyżej kleszczyków pozostaje kawałek nerwu, długości około 1 cm. (rys. 9). Przecinanie nerwu tuż nad kleszczykami jest dlatego niewskazane, że nerw z kleszczyków, których ramiona mają, jak wia-



Rys. 9.

domo, nacięcia poprzeczne, łatwo może się wyśliznąć.

Po wyjęciu haczyka z rany nerw obwodowo od kleszczyków Kochera zostaje wyosobniony z otaczających go włókien mięsnych i łącznotkankowych na przestrzeni około 2 cm. Gdy zachodzi obawa, że wyciąganie nerwu może spowodować przykre następstwa (np. w przypadkach ropniaka opłucnej, tętniaka tętnicy głównej i t. p.), należy poprzestać na wycięciu wyosobnio-



Rys. 10.

nego kawałka. W celu wyrwania całego nerwu albo przynajmniej długiego jego kawałka chwytamy za pomocą drugiej pary kleszczyków Kochera wyosobniony nerw

przeponowy możliwie nisko i nawijamy go na kleszczyki.

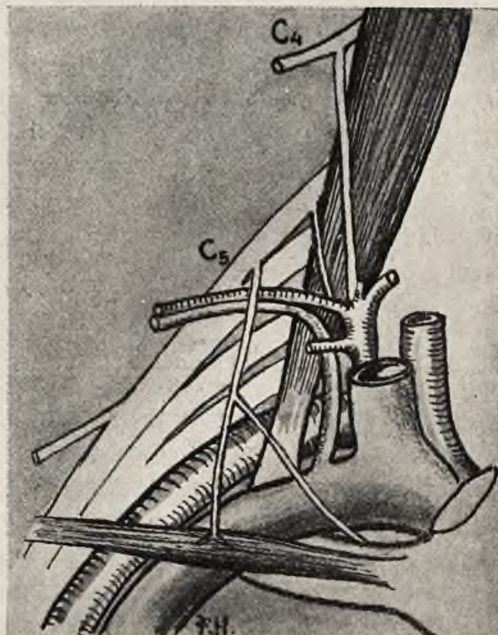
Ten etap operacji jest dla chorego najbardziej przykry. Nawijanie nerwu na kleszczyki (rys. 10) należy robić możliwie powoli, polecając przy tym choremu głęboko oddychać. Obserwuje się wtedy podczas każdego wdechu wciąganie przez nerw kleszczyków w głąb rany, co się tłumaczy ruchami oddechowymi przepony. Należy uważać, by wraz z nerwem nie nawinąć na kleszczyki naczyń poprzecznych szyi, co — rzecz prosta — mogłoby je uszkodzić.

W pewnym momencie opór stawiany przez nerw nagle ustaje i bez żadnego wysiłku, unosząc kleszczyki, wyciągamy dłuższy albo krótszy jego odcinek. W wielu razach udaje się nerw usunąć w całości, co można poznać po charakterystycznym płaskim zgrubieniu na jego końcu; niekiedy zaś wyciągnięty zostaje tylko kilkunastocentymetrowy kawałek nerwu.

Doświadczenie wykazało, że wyrwanie kawałka nerwu długości 8 cm, albo większego, działa na przeponę tak samo, jak wyrwanie nerwu w całości, ponieważ ewentualne połączenia z nerwem przeponowym dodatkowym albo podobojczykowym znajdują się na poziomie wyższym (rys. 11). Tam, gdzie wyrwany został odcinek nerwu krótszy niż 8 cm, należy się zabezpieczyć przed nieskutecznością zabiegu przez odszukanie i przecięcie nerwu przeponowego dodatkowego. Jak wiadomo, cienki pień tego nerwu przebiega na mięśniu pochyłym przednim mniej więcej równolegle do nerwu przeponowego właściwego i w bok od niego. Odnalezienie go nie przedstawia więc żadnych trudności, skoro tylko nerw właściwy został rozpoznany. Należy wszakże mieć na uwadze, że nerw dodatkowy nie jest tworem stale widywanym; przeciwnie, spotyka się go zaledwie u około 20% chorych.

Sprawdzenie obecności nerwu dodatkowego i przecięcie go jest ze względów zrozumiałych obowiązkowe we wszystkich operacjach na nerwie przeponowym, nie połączonych z wyrwaniem dłuższego kawałka tego nerwu, a więc przy zmiażdżeniu, alkoholizacji przecięciu i resekcji.

Wobec tego, że podane wyżej postępowanie prowadzi z reguły do porażenia



Rys. 11. Przebieg m. pochyłego przedniego w kierunku miejsca jego przyczepu do guzka I żebra oraz przebieg nerwu przeponowego i jego połączeń dodatkowych. Od C_4 odchodzi, przebiegając na m. pochyłym, nerw przeponowy. Poniżej odchodzi od C_5 tuż przy bocznym brzegu mięśnia, nerw przeponowy dodatkowy. Bardziej bocznie, w pewnej odległości od m. pochyłego, odchodzi n. podobojczykowy (do mięśnia podobojczykowego), który oddaje gałązkę zdążającą do nerwu przeponowego.

przepony, jakiekolwiek doraźne rękoczyny na nerwie podobojczykowym należy uważać za zbędne. Przecięcie tego nerwu może być wskazane jedynie tam, gdzie prawidłowo wykonany zabieg wyrwania nerwu przeponowego okazał się nieskuteczny. Osobiście raz jeden tylko, w przypadku, gdzie wyrwanie 5 cm. nerwu przeponowego, połączone z przecięciem nerwu dodatkowego, nie spowodowało porażenia prze-

pony ,zmuszony byłem uciec się wtórnie do przecięcia nerwu podobojczykowego i dopiero po tym zabiegu wystąpiło porażenie przepony.

Ranę zamykamy całkowicie klamerkami Michela i nakładamy lekko uciskający mały opatrunek z gazy umocowany do skóry przylepcem. Ze względów kosmetycznych należy klamerki zdjąć już po upływie 4 dni. W 8 dni po operacji rana zazwyczaj żadnych opatrunków już nie wymaga.

Technika operacji wycięcia łąkotki.

podał

Dr. Leon Kalina.

Technika zabiegu wycięcia łąkotki jest względnie łatwa; trudność polega głównie na szybkim zorientowaniu się po otwarciu stawu, z jakiego rodzaju uszkodzeniem łąkotki mamy do czynienia, i co za tym idzie, na wyborze odpowiedniego postępowania podczas operacji.

W artykule poprzednim (Ch. P. z. 3/1936) dowodziłem wprawdzie, że przy pomocy pneumografii możemy do pewnego stopnia przewidzieć rodzaj uszkodzenia łąkotki, musimy być jednak zawsze przygotowani na niespodzianki.

Dla otwarcia stawu do operacji wycięcia łąkotki zaproponowano szereg cięć: na uwagę zasługują dwa zasadnicze, podłużne równoległe do rzepki i więzadła rzepkowego i poprzeczne — wzdłuż szpary stawowej. Zarówno jedno, jak drugie ma swoje wady i zalety, a więc i swoich zwolenników oraz przeciwników. Zaletą cięcia podłużnego jest minimalne uszkodzenie aparatu więzadłowego stawu, większość bowiem włókien ścięgnistych, wzmacniających torebkę stawową, przebiega podłużnie. Cięcie podłużne daje doskonały dostęp do przedniego rogu oraz całej przedniej części łąkotki i ciała tłuszczowego; możemy z tego cięcia zbadać przednie więzadło krzyżowe i wyniosłość międzykłykciową piszczeli. Zginając i rozginając kolano, można obejrzeć całą powierzchnię stawową przyśrodkowego kłykcia k. udowej. Po rozszerzeniu cięcia i szerokim rozsunięciu brzegów rany możemy usunąć z tego cięcia znaczną część łąkotki przyśrodkowej. Wadą cięcia jest brak dostępu do tylnego rogu łąkotki, co jest niezbędne w razie uszkodzeń tej okolicy łąkotki. W tym wypadku cięcie poprzeczne jest niezastąpione.

Przystępując do zabiegu układamy chorego, jak na rys. 1, z kończynami zgiętymi w kolanach i opuszczonymi po za brzeg stołu, który jest podwyższony i lekko pochylony w kierunku wezgłowia; aby zapobiec zsuwaniu się chorego, przywiązujemy podudzie po stronie zdrowej do stołu. Takie ułożenie pozwala nam operować w pozycji stojącej bez schylania się, staw

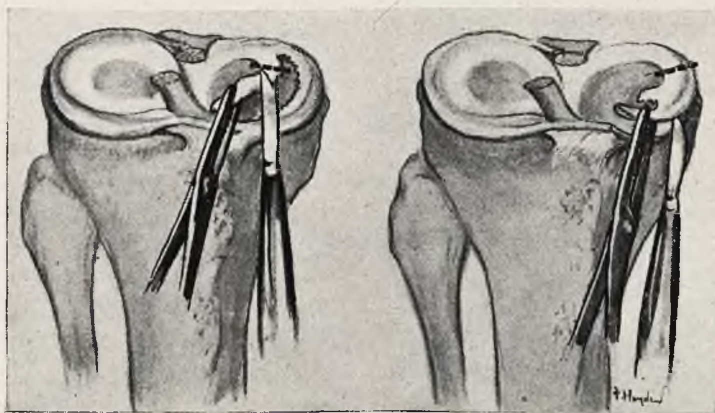


Rys. 1.

wskutek zgięcia i zwisania goleni jest rozciągnięty, a więc dobrze dostępny. Na udo nakładamy opaskę uciskową.

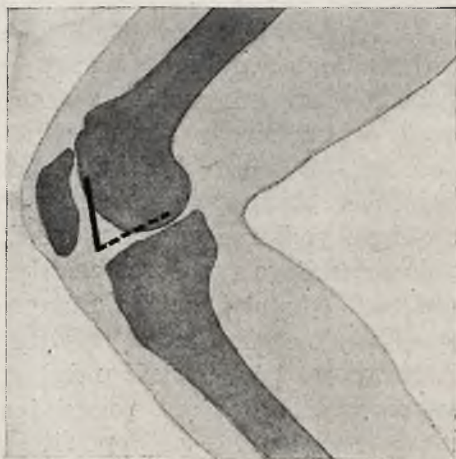
Opierając się na danych statystycznych, które dowodzą, że większość uszkodzeń łąkotek to uszkodzenia podłużne, bądź, o ile należą do innej grupy, dotyczą przedniej części łąkotki, posługuję się cięciem podłużnym. Torebkę otwieram kilka cm. powyżej powierzchni stawowej piszczeli i ostrożnie, by nie skaleczyć łąkotki, pod kontrolą palca przedłużam cięcie ku dołowi. Wązkimi, tępymi hakami rozsuwam brzegi i orientuję się co do rodzaju uszkodzenia łąkotki. W razie stwierdzenia podłużnego rozerwania usuwam jedynie część oderwaną (rys. 2), pozostawiając część przyrośniętą do torebki nietkniętą. Zabieg ten, wykonany delikatnie, nie stanowi wielkiego urazu dla stawu i jest znoszony doskonale. Chory wstaje po upływie 7 — 10 dni.

W wypadku, gdy mam do czynienia z poprzecznym lub pośrednim uszkodzeniem części przedniej lub środkowej łąkotki (por. *Kalina:* Postępy diagnostyki urazów st. kolanowego, Ch. P. z. 3. 1936), rozszerzam cięcie ku górze, rozwieram ranę hakami możliwie szeroko i po przecięciu przyczepu w okolicy rogu przedniego preparuję łąkotkę (rys. 3) wzdłuż jej przyczepu do torebki na jak największej przestrzeni, w każdym razie po za uszkodzone miejsce, i po przecięciu poprzecznym, usuwam ją ze stawu. Niewielka część łąkotki, która przy tym zabiegu nie daje się usunąć i pozostaje w okolicy rogu tylnego, jak wykazuje doświadczenie, nie powoduje potem żadnych dolegliwości. Zabieg w tej postaci nie jest już tak obojętny dla stawu: podrażnienie stawu trwa dłużej, wylewy pooperacyjne do stawu występują częściej.



Rys. 2 i 3.

Gdy po otwarciu stawu nie znajduję uszkodzenia łąkotki, a nie jest wyłączone istnienie uszkodzenia okolicy rogu tylnego, przedłużam cięcie hakowato (rys. 4)



Rys. 4.

pod kątem wzdłuż szpary stawowej, unikając, o ile można przecięcia więzadła pobocznego, i usuwam łąkotkę w całości. Po tym zabiegu, szczególnie o ile nie udało się uniknąć uszkodzenia więzadła pobocznego, unieruchamiam kończynę w szynie gipsowej na przeciąg około 3 tygodni.

Po usunięciu łąkotki zeszywamy torebkę niezbyt szczelnie, aby pozostawić okno dla ew. wylewu, starając się, aby szwy (katgutowe) nie drążyły do jamy stawowej. Następnie opuszczamy i wyrównujemy stół operacyjny, wyprostowujemy kończynę i zeszywamy warstwowo szczelnie powięź i skórę. Po nałożeniu lekko uciskowego opatrunku zdejmujemy opaskę uciskową.

Do zabiegów na łąkotkach nie używam specjalnego instrumentarium, nie ułatwia ono zadania, a nierzadko powoduje zbędny uraz stawu. Wystarczy wąski o długim ostrzu nóż i tępe haki typu Farabeufa, nieco tylko węższe i dłuższe.

Zestaw Telatyckiego do leczenia odmy samoistnej, wikłającej odmę sztuczną.

podał

Dr. Mieczysław Czapliński.

Odma samoistna wogóle, a zwłaszcza odma samoistna w przebiegu leczenia odmą sztuczną czyli t. zw. perforacja płuca stanowi bezwątpienia powikłanie przykre a nieraz i groźne, wymagające natychmiastowej interwencji. Po usunięciu bezpośrednich ostrych objawów wymaga jeszcze dłuższego stałego dozorowania chorego, aż do czasu zamknięcia się otworu. Nie wchodząc w mechanizm powstawania perforacji i poglądy różnych autorów, co do metody traktowania tego powikłania, wiemy że pierwszą rzeczą jest usunięcie nadciśnienia w jamie opłucnowej i rozprostowanie płuca, jednym słowem stworzenie jak najlepszych warunków dla zamknięcia się otworu.

Uczynić to możemy odpuszczając powietrze zwykłym aparatem odmowym. Wymaga to jednak stałej obsługi i ciągłego manipulowania butlami. Prosty sposób, podany przez *Morelliego* (wkłucie igły odmowej i nakazanie liczenia choremu od 1—20—30 aż do spadku ciśnienia w jamie opłucnowej) nie będzie odpowiedni przy odmie samodopełniającej się (z wentylem). Należałoby bowiem co pewien czas nakłuwać chorego, aby odprowadzić nadmiar powietrza z jamy opłucnowej.

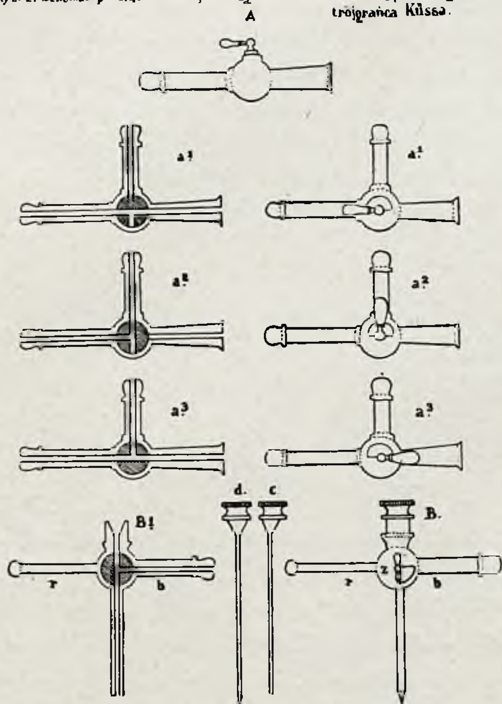
W piśmiennictwie polskim podane są aparaty pomysłu *Węgrzynowskiego* i *Skibińskiego*. Poniżej podaję opis aparatu pomysłu *Telatyckiego,* używanego przez nas w tym powikłaniu od 1930 r. z dobrym wynikiem.

Aparat składa się z 3 części: 1) Zmodyfikowany cienki trójgraniec Küssa (rys. 1 B) z zakrętką (z). Modyfikacja trójgrańca polega na tym, że przy nasadzie pochewki trójgrańca nawprost ramienia bocznego otworu (b) dodane jest ramię ślepe (r), dzięki któremu po wkłuciu trójgrańca możemy, zależnie od grubości tkanki i głębokości wkłucia podkładając warstwę gazy, przymocować trójgraniec do klatki piersiowej przylepcem, zapobiegając w ten sposób wysunięciu się pochewki trójgrańca lub jej skręceniu. Oprócz mandryna ostrego (d) jest jeszcze mandryn tępy (c) do przetkania pochewki trójgrańca w razie jej zatkania.

2) Przełącznik trójdrożny z 1 kurkiem

(rys. 1. A). Posiada on 3 ramiona, które połączone są rurkami gumowymi (g) z trójgrańcem Küssa, manometrem i butlą

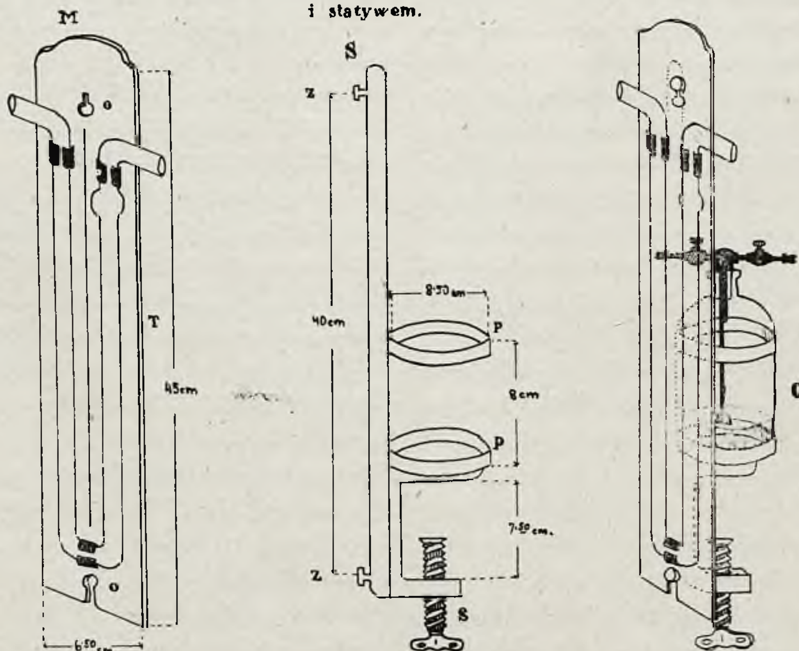
Rys. I. Schemat przełącznika trójdrożnego z 1 kurkiem i zmodyfikowanego trójgrańca Küssa.



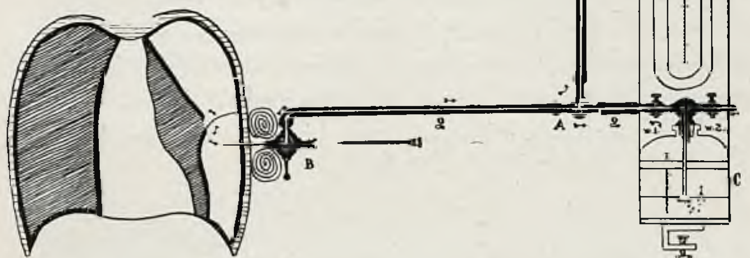
Potaina, dając nam przy ustawieniu kurka w pozycji a^1 (rys. 1) połączenie jamy opłucnowej tylko z butlą Potaina; w pozycji a^2 (rys. 1) tylko z manometrem, w pozycji a^3 (rys. 1) z manometrem i butlą Potaina. Na ramiona przełącznika i ramię bocznego otworu trójgrańca Küssa nalutowane są oliwki, dając pewne umocowanie dla rurek gumowych.

3) Butla aparatu Potaina (rys. 2. C) z dwoma kurkami: wlotowym (w_1) i wylotowym (w_2). Wewnątrz butli od kurka w_1 idzie rurka gumowa zakończona rozetką blaszaną zanurzoną wcięciami w jakimkolwiek płynie antyseptycznym. Bardzo płytkie zanurzenie jej wyłącza możliwość przyssania płynu z butli do rurek gumowych w razie bardzo dużego spadku ciśnienia w jamie opłucnowej. Butla wraz z manometrem wodnym (rys. 2. M), przymocowanym do tarczy blaszanej (rys. 2. T) skalibrowanej i posiadającej dwa otwory (o), dla zaczepu słupka statywu, osadzona jest na statywie metalowym (rys. 2. S). Statyw posiada słupek z zaczepami (z) do

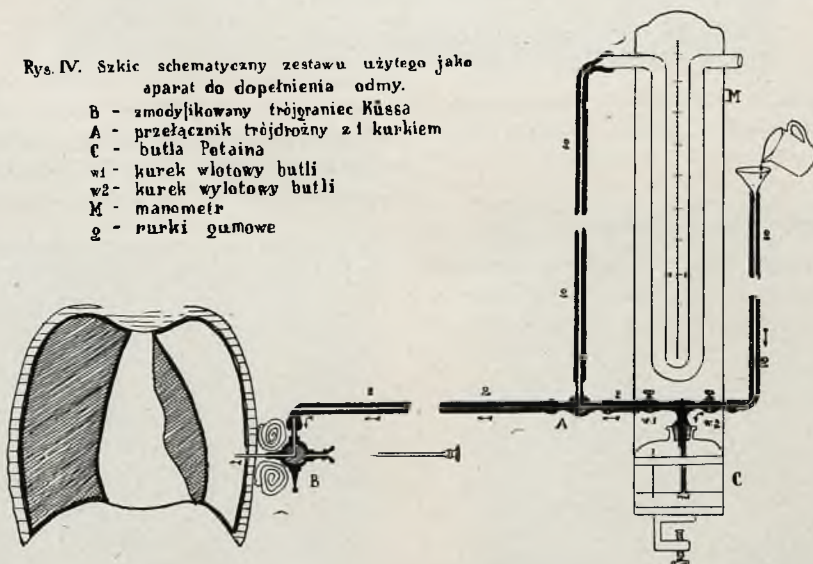
Rys. II. Szkic butli z manometrem i statywem.



przymocowania tarczy manometru, dwa pierścienie (p) dla osadzenia butli, przy czym pierścień dolny ma dno z blachy, oraz śrubę (s) dającą możność przymocowania statywu do krawędzi stołu, krzesła i t. p., co zapewnia stabilność aparatu.



Rys. III. Szkic schematyczny zestawu użytego przy odmie samoistnej duszącej.
B. - zmodyfikowany trójgraniec Küssa
A. - przełącznik trójdrożny z 1 kurkiem
C. - butla Potaina
w.1. - kurek wlotowy butli
w.2. - kurek wylotowy butli
M - manometr
g. - rurki gumowe



Rys. IV. Szkic schematyczny zestawu użytego jako aparat do dopełnienia odmy.
B - zmodyfikowany trójgraniec Küssa
A - przełącznik trójdrożny z 1 kurkiem
C - butla Potaina
w1 - kurek wlotowy butli
w2 - kurek wylotowy butli
M - manometr
g - rurki gumowe

wór boczny. Dla uniknięcia wyrzucenia wody z manometru przy zbyt wysokim ciśnieniu w jamie opłucnowej lub kaszlu chorego, ustawiamy kurek przełącznika w pozycji a^1. Powietrze z jamy opłucnowej uchodzi wtedy w postaci pęcherzyków na

Po wkłuciu trójgrańca, zwykle w linii pachowej przedniej, zakładamy na oliwkę ramienia bocznego otworu trójgrańca rurkę gumową prowadzącą do przełącznika trójdrożnego, wyjmujemy mandryn ostry i przekręcamy zakrętkę trójgrańca na otpowierzchni płynu w butli. Po przejściu pierwszej fali burzliwych pęcherzyków powietrza, możemy skontrolować ciśnienie w jamie opłucnowej ustwiając kurek przełącznika w pozycji a^2.

Po umocowaniu trójgrańca i włączeniu

aparatu manipulujemy już tylko kurkiem przełącznika, ustawiając go w zależności od potrzeby w pozycji a^1 i a^3 dla odpuszczania powietrza lub w pozycji a^2 dla kontroli ciśnienia w jamie opłucnowej.

Rys. 3 przedstawia w schematycznym ujęciu aparat użyty przy odmie duszącej (z wentylem).

Aparat jest nie skomplikowany, prosty w użyciu i obsłudze, łatwo rozbieralny i przenośny. Po założeniu nie pozbawia chorego pewnej swobody ruchów w łóżku, dzięki silnym połączeniom (rurki gumowe na oliwkach) oraz śrubie przytwierdzającej statyw. Siłą ssącą jest tutaj różnica ciśnień pomiędzy nadciśnieniem w jamie opłucnowej a ciśnieniem atmosferycznym. W celu zwiększenia działania ssącego możemy włączać do kurka wylotowego (w_2) pompkę aparatu Potaina.

Zestaw powyższy może być użyty również jako aparat do dopełniania odmy. W tym wypadku muszą być kurki butli przestawione, a sama butla skalibrowana (300 — 500 cm^3). Przez kurek wlotowy (w_1) dolewamy do butli wodę, która wypełniając butlę wypycha z niej powietrze przez kurek wylotowy (w_2) do jamy opłucnowej pod kontrolą manometru. Kurkiem przełącznika manipulujemy jak przy poprzednim użyciu. W razie potrzeby dopełnienia powietrza ponad pojemność butli, zamykamy kurek wylotowy (w_2), wylewamy wodę z butli i dopełniamy dalej. Przy wykwalifikowanej obsłudze zmiana ta nie przedstawia trudności.

Rys. 4 przedstawia w schematycznym ujęciu zestaw wyżej opisany użyty jako aparat do dopełniania odmy.

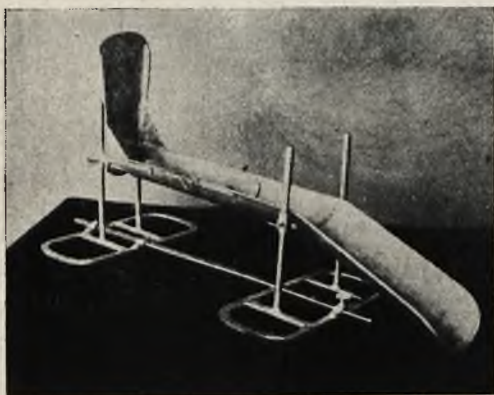
Sprzęt techniczny w leczeniu urazów i złamań.

KOŃCZYNA DOLNA.

Do leczenia urazów i złamań w zakresie kończyny dolnej Inst. Chir. Urazowej jest wyposażony w następujący sprzęt pomocniczy:

SZYNA VOLKMANNA.

Pierwotna blaszana szyna Volkmanna została zmodyfikowana (rys. 1). Uwzględniono zgięcie dla kolana, zaopatrzono ją w aparat podpórczy, składający się z dwu podstawek, do których są przymocowane prostopadłe pręty metalowe. Na tych prętach, umieszczonych z boków szyny, można ją przesuwać w pewnym zakresie na dowolną wysokość i ustalać za pomocą śrubek w dowol-



Rys. 1. Zmodyfikowana szyna Volkmanna.



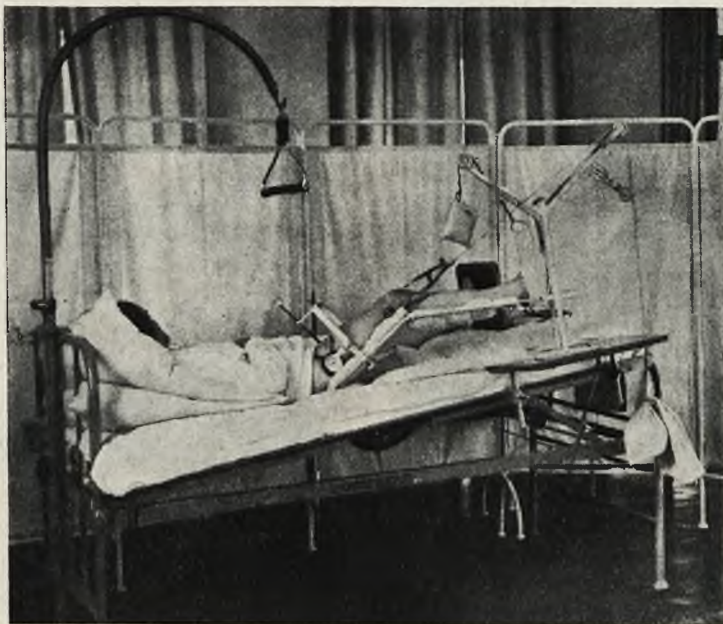
Rys. 2. Podstawka Brauna z bloczkami.

nym położeniu, nadając uniesienie, co jest ważne w zwalczaniu obrzęku. Ponadto, odcinek szyny, przeznaczony dla podudzia, jest rozsuwalny w pewnym zakresie; pozwala to dostosować szynę indywidualnie do różnej długości kończyny.

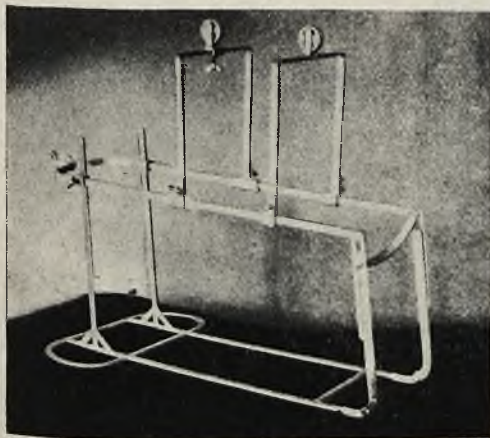
Tak zbudowana szyna zabezpiecza dobre unieruchomienie; ruchy skręcania szyny są zupełnie w sprawach urazowych stawu kolanowego i skokowego, stłuczeniach i ranach w obrębie podudzia i stopy.

PODSTAWKA BRAUNA.

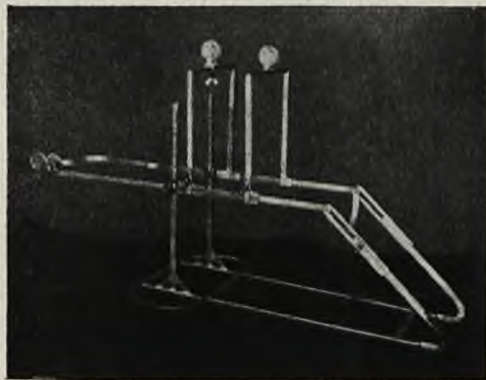
Podstawka Brauna zbudowana z mocnych prętów o stałym nachyleniu płaszczyzny uda posia-



Rys. 3.



Rys. 4. Szyna Eiselsberga.



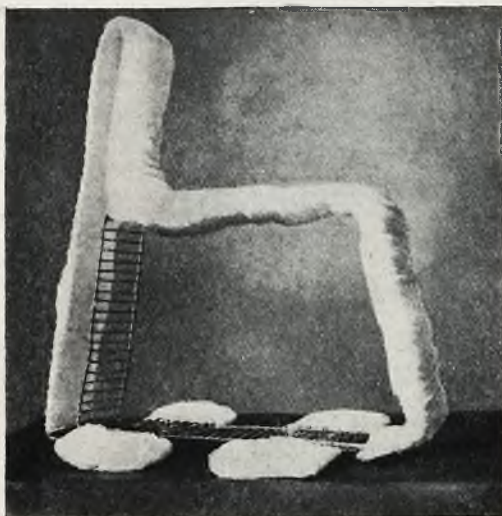
Rys. 5. Szyna Eiselsberga.

zniesione dzięki szerokim płaszczyznom podstawek. W szynie tej układamy kończynę w uniesieniu i spoczynkowym ułożeniu stawów.

Szynę tę stosujemy do prowizorycznego unieruchomienia w złamaniach podudzia, śródstopia,

da trzy nasadki do wkładania pomocniczych ram z bloczkami (2 ramy dla uda i 1 dla podudzia). Ramy te można umocować tak, jak w szynie Böhlera, mianowicie, jedna służy do wyciągu za guzowatość piszczeli, druga do wyciągu za kość udo-

wą, trzecia do wyciągu w osi podudzia (za piętę lub za kość piszczelową). Przed użyciem należy nawinąć na ramy dla uda i podudzia opaskę w ten sposób, aby powstały hamak odpowiadał zarysom podudzia (zagłębienie dla łydki).



Rys. 6.

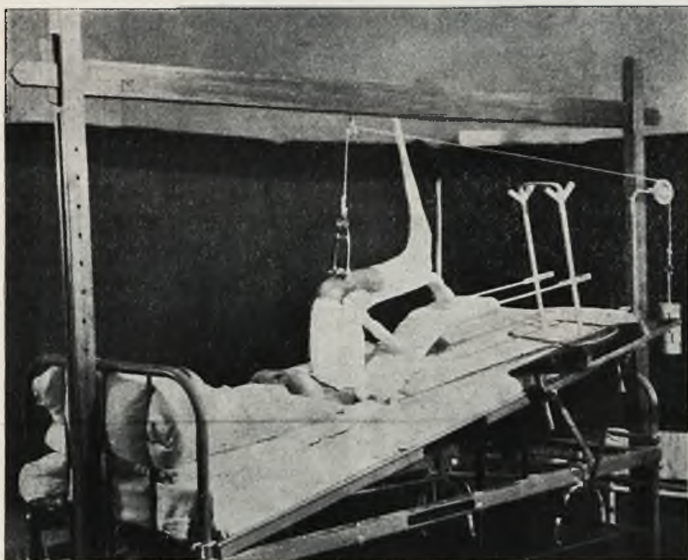
Bez aparatury z dodatkowych ramek z bloczkami podstawka ta służy do układania kończyny już przedtem unieruchomionej za pomocą opatrunku gipsowego. Przy prowadzeniu złamań kości udowej dodajemy odpowiednie ramki z bloczkami a w razie potrzeby również dodatkowe peloty do uciskania odłamów (rys. 3).

SZYNA EISELSBERGA.

Do leczenia złamań kości udowej lepsza jest szyna Eiselsberga, ponieważ posiada przesuwalne



Rys. 7.



Rys. 8.

ramy wobec podstawy i rozsuwalną ramę dla uda (dla różnych długości uda). Można w tej szynie zmieniać w dużym zakresie zgięcie stawu biodrowego (aż do kąta prostego), co jest bardzo ważne w prowadzeniu złamań kości udowej (rys. 4, 5). Przed użyciem tej szyny należy nawinąć na ramy opaski, podobnie jak w podstawce Brauna. Na górnej ramie są przymocowane dwie przesuwalne ramki z bloczkami; przesuwanie tych ramek pozwala na dowolną zmianę kierunku wyciągu.

Przy złamaniach uda u dzieci posługujemy się często szynami zmontowanymi bądź z podstawek Brauna i szyn Kramera, bądź z samych tylko szyn Kramera (rys. 6, 7, 8).

J. Skorko.

SKRZYNKA ŚWIETLNA

Z Oddziału Chirurgicznego Szpitala im. Narutowicza w Krakowie.

podał *dr. Jerzy Jasieński.*

Rys. 1.

Na ostatnim Zjeździe Chirurgów Polskich przedstawiłem kliszę chorej, na której widoczne jest mnóstwo kamieni jednej prawie wielkości i jedne-

go kształtu, wyraźnie fasetkowatych, wielowarstwowo na sobie ułożonych, wielkości orzecha laskowego względnie pestki od śliwki, wypełniających dolny odcinek jelita biodrowego aż do zastawki Bauhina na przestrzeni dwudziestukilku centymetrów. Obecność tych kamieni wywołała dość znaczne rozszerzenie światła i przerost ścian obejmującej je pętli jelitowej, nie pociągnęła za sobą wszakże wystąpienia objawów niedrożności, potwierdzając słuszność podnoszonej przezemnie tezy, że czynnik dynamiczny ważną odgrywa rolę w powstawaniu mechanicznej niedrożności jelit. Kamienie te przy ucisku powłok ręką wydawały charakterystyczny chrzęst. Nie byłem w stanie rozstrzygnąć, jaka jest natura tych kamieni ,ponieważ chora nie zgodziła się na proponowany jej zabieg operacyjny, żaden zaś z kamieni nie przeszedł przez zastawkę Bauhina i nie został wydalony drogą naturalną mimo stosowania wielu środków.

Prześwietlanie przewodu pokarmowego wykazało, że kamienie te nie stanowiły przeszkody dla przesuwania się treści jelitowej, że przewód pokarmowy działał zupełnie sprawnie i już po kilkunastu godzinach nie stwierdzało się w jelicie cienkim nawet śladów papki barytowej. Nikt na Zjeździe nie umiał powiedzieć, jakie może być pochodzenie tych kamieni. Niedawno chora zgłosiła się do badania kontrolnego. Podawała, że przed kilku dniami miała po raz pierwszy silne napadowe bóle brzucha, utrzymujące się w ciągu kilkunastu godzin, połączone z wymiotami. Po przyjęciu środka przeczyszczającego odeszło z kałem 9 kamieni. Kamienie te przypominają ziarna fasoli, są koloru brunatnego, mają rozmiary 2 × 1½ cm., obwód ich wynosi 5½ cm., a waga od 1½ do 2 gramów. Jądra kamieni stanowią pestki wiśni, otoczone grubą warstwą skamieniałego kału. Dwudziestokilkuletnia chora podaje, że pestki te połykała w dzieciństwie. Zdjęcie rentgenowskie zwykłe nadal wykazuje obecność cieni kamieni, w mniejszej tylko nieco ilości niż poprzednio.

Rys. 2.

Klisza przedstawia jeden z dwu ostatnio obserwowanych olbrzymich rozmiarów kamieni kałowych odbytnicy. Chory lat 29 od 3 miesięcy cierpiał na uporczywe zaparcie stolca i okresowe zatrzymanie moczu, tak iż musiano mu go odpuszczać cewnikiem. Nad spojeniem łonowym wyczuwało się obecność twardego nieruchomego guza, wielkości dużej pięści, gubiącego się w miednicy małej. Guz okazał się olbrzymim kamieniem kałowym, wypełniającym ampulla i pars pelvina recti. Nie dawał on silniej wysyconego cienia na zdjęciu rentgenowskim zwykłym. Zdjęcie wykonane po podaniu per os papki kontrastowej wykazało rozszerzoną do rozmiarów dyni, wypełnioną przez oblepiony kontrastem guz kałowy bańkę odbytnicy i miedniczą część odbytnicy. Masy kałowe usunięto w uśpieniu drogą naturalną.



Rys. 1.



Rys. 2.

ZJAZDY I POSIEDZENIA

Sprawozdanie

z IV Zjazdu Naukowego Oficerów Służby Zdrowia (Warszawa, 7 — 9 stycznia 1937).

Dn. 7.I. 1937 Gen. dr. *S. Rouppert* dokonał otwarcia Zjazdu w salach Kasyna Garnizonowego. Na I posiedzeniu ogólnym w godzinach przedpołudniowych wygłosili referaty programowe: Gen. dr. *S. Rouppert:* „Zagadnienie zmęczenia w wojsku (Utrata wagi w związku z wysiłkiem fizycznym)", ppłk. doc. dr. *W. Dybowski:* „Ciśnienie krwi jako wskaźnik zmęczenia i wypoczynku po większych wysiłkach" oraz ppłk. mgr. *T. Pastecki:* „Stan przemysłu krajowego, a zaopatrzenie armii w materiał sanitarny" z koreferatem dra *H. Mierzeckiego* na ten sam temat. Ppłk. dr. *Z. Marynowski* (Wilno) w swych komunikatach: „Badania porównawcze nad wzrostem drobnoustrojów w sztucznym powietrzu górskim i w powietrzu zwykłym", oraz „Badania nad zmianami we krwi chorych płucnych, występującymi pod wpływem sztucznego powietrza górskiego", przedstawił wyniki swych badań nad powietrzem „sklimatyzowanym", wytwarzanym za pomocą aparatury Prezydenta Rzeczypospolitej, prof. *Ignacego Mościckiego.*

W pierwszej części II posiedzenia ogólnego (w godzinach popołudniowych) płk. dr. *J. Babecki* wygłosił referat programowy: „Dur plamisty i walka z nim"; koreferentami byli: doc. dr. *G. Szulc,* mjr. dr. *J. Zwierz,* doc. dr. *F. Przesmycki* i ppłk. dr. *A. Malinowski.* Drugi temat programowy: „Współczesne metody leczenia ran" referował płk. dr. *T. Sokołowski;* koreferowali: dr. *S. Guzman* („O współczesnych metodach biologicznego i fizykalnego leczenia ran atonicznych, ze szczególnym uwzględnieniem metody własnej"), dr. *J. Sowiakowski* (Janów lub.) („Leczenie ran, oparzeń i spraw zapalnych kostnych") i kpt. dr. *T. Ryll* (Toruń) („Metody leczenia ran w historii wielkich wojen").

W drugim dniu Zjazdu dn. 8.I. posiedzenia odbywały się w dwuch grupach. I grupa na posiedzeniu przedpołudniowym wysłuchała referatu mjr. dra *S. Wszelakiego:* „Zagadnienie leczenia i rokowanie w kile sercowo - naczyniowej" z koreferatem kpt. dra *M. Lityńskiego* („W sprawie wrzodu żołądka u osobników kiłowych") oraz referatu płk. dra *T. Sokołowskiego* i mjr. dra *M. Telatyckiego* (Otwock): „Leczenie operacyjne gruźlicy płuc". Referaty dra *S. Meyznera* (Smukała) („O wziernikowaniu jamy opłucnej i przepalaniu zrostów opłucnych") i dra *Z. Świdra* (Pabianice): („Wyniki stosowania zabiegu wyrwania nerwu przeponowego w leczeniu gruźlicy płatów górnych") uzupełniły ciekawy temat o leczeniu chirurgicznym gruźlicy płuc. Płk. doc. dr. *T. Kucharski* (Poznań) zreferował: „Leczenie zakażeń prontosilem".

Na II posiedzeniu I grupy wygłoszono następujące komunikaty: ppłk. dr. *A. Malinowski:* „Ekspertyza sądowo - psychiatryczna w wojsku", mjr. dr. *W. Machniewicz* (Białystok): „Przystosowanie szpitala do potrzeb O. P. L. G.", mjr. dr. *J. Małuj* (Poznań): „Dobre wyniki stosowania chloraktiny „Boruta" w otolaryngologii" i dr. *A. Zakrzewski* (Poznań): „O badaniu otiatrycznym kandydatów na nasłuchowców". Z porządku dziennego posiedzenia popołudniowego zdołano wyczerpać tylko referaty główne: Płk. dr. *T. Sokołowski* omówił pokrótce: „Zasadnicze metody leczenia urazów i złamań w świetle materiału Instytutu Chirurgii Urazowej w Warszawie". Obszerniej rozwinęli ten temat ordynatorzy Instytutu, mjr. dr. *H. Ciszkiewicz:* („Urazy kończyny górnej"), kpt. dr. *J. Skorko:* („Urazy kończyny dolnej") i dr. *B. Hryniewiecki:* („Złamania szyi kości ramiennej"), ilustrując referaty pokazem rentgenogramów i fotografij przypadków. Wreszcie płk. doc. dr. *L. Owczarewicz* wygłosił referat: „Zagadnienie dezynfekcji i deratyzacji".

Jednocześnie odbywały się posiedzenia II grupy, gdzie referowano tematy z dziedziny wenerologii, okulistyki i farmacji. O g. 19,30 Zjazd został zamknięty. Następny, V Zjazd odbędzie się za 2 lata. Podczas Zjazdu była czynna wystawa krajowych firm farmaceutycznych i księgarskich. W dniu 9.I. uczestnicy Zjazdu zwiedzali Szpitale i Zakłady stołeczne, m. in. Instytut Chirurgii Urazowej, Instytut Radowy, Sanatorium Wojskowe w Otwocku i Szpitał Wolski.

H. Ciszkiewicz.

Sprawozdanie

z Posiedzenia Tow. Chirurgicznego Warszawskiego z dnia 18.I.1937 w Instytucie Chirurgii Urazowej.

Dr. Staszewski z oddziału Dra *Kołodziejskiego* przedstawia odległy wynik operacyjnego leczenia naczyniaka czaszki (streszcz. *dr. Kołodziejski).* Mężczyzna, l. 25 zgłosił się do Szpitala Św. Rocha ze skargami na nieustanny szum w lewym uchu synchroniczny z tętnem; głośny szum jest tak dokuczliwy, że uniemożliwia choremu pracę i upośledza sen, a zniekształcenie lewego ucha krępuje go w stosunkach życiowych. Przy badaniu stwierdza się: lewa małżowina uszna uderzająco powiększona i gruba, wskutek uniesienia i rozpychania skóry przez sploty pokręconych naczyń krwionośnych, które nadają całej małżowinie barwę sino - czerwoną. Pod płatkiem ucha naczynia tworzą miękki guz wielkości orzecha włoskiego. Wężowiska naczyń splątanych szerzą się na całą okolicę wyrostka sutkowego, na lewą połowę potylicy i okolicę skroniową lewą, przechodząc bez wyraźnych granic w normalne powłoki czaszki. Cała okolica zajęta przez nowotwór przy badaniu ręką robi wrażenie tętniącej i drżącej miękkiej poduszki. Rozpoznano naczyniak tętniczy groniasty — *angioma arteriale racemosum.* Poza tym zmian chorobowych innych u pacjenta nie stwierdzono. Chory podaje, że przed 7-iu laty w jednej z klinik Uniw. J. P. usiłowano zniszczyć nowotwór za pomocą elektrokoagulacji — bez wyniku; następowe leczenie radem także nie dało poprawy. Po roku leczenia podwiązano lewą tętnicę szyjną zewnętrzną. Ten zabieg pozostał jakoby bez najmniejszego wpływu na nowotwór.

Na oddziale postanowiono usunąć możliwie doszczętnie cały nowotwór na drodze operacyjnej. Ponieważ naczyniak szerzył się w terenie tętnicy skroniowej powierzchownej, usznej tylnej i potylicznej, byłoby racjonalnie dotrzeć do tych pni i przede wszystkim zamknąć rury dopływowe. Tętnica szyjna zewnętrzna została już podwiązana, jak widzieliśmy bez efektu, dotarcie zaś do poszczególnych pni wymienionych naczyń było zbyt ryzykowne, gdyż trzeba by było przedostać się do nich po przez sam tętniący guz. Zdecydowano tedy zaatakować odrazu guz od obwodu na czaszce, rozkładając leczenie na kilka etapów operacyjnych.

Nowotwór zaczęto wyłuszczać od tej części, która zajmowała okolicę skroniową i ciemieniową: stopniowo centymetr po centymetrze nacinano powłoki czaszki, odsłaniano kłębowiska naczyń, ostrożnie preparowano je, podwiązywano ukazujące się porozszerzane zatokowato i pokręcone sploty i przecinano pomiędzy podwiązkami. W ten sposób posuwano się powoli pod płat skórno - mięśniowy w kierunku małżowiny usznej. Zabieg przerwano po usunięciu partii naczyniaka, zajmującej okolice łuski skroniowej i ciemieniową. Na małżowinę uszną nie wtargnięto, zatrzymując się na 1½ palca od jej nasady. Pomimo starannej hemostazy nie udało się uniknąć dużego krwawienia w trakcie wyłuszczania; znaczna utrata krwi była także wskazaniem do przerwania operacji. Płat skórno mięśniowy przyszyto i nałożono opatrunek uciskowy; gojenie przez rychłozrost. Przeczekano 2 tygodnie: w tym czasie chory wrócił zupełnie do dobrego stanu. Przystąpiliśmy tedy do drugiego etapu, atakując część guza, zajmującą okolicę wyrostka sutkowego i kość potyliczną. Operowano w ten sam sposób, jak za pierwszym razem. Tu jednak natrafiono na dużo szersze sploty o ścianach tak cienkich i wiotkich, że krwawienie przybierało nieraz niepokojące rozmiary. Odnosiliśmy wrażenie, że operujemy w tkance samego guza, a nie na jego obwodzie. Przy tym część naczyń przenikała w kość, tak że mieliśmy duże trudności z opanowaniem krwawienia przy odsuwaniu nowotworu od podstawy kostnej. I tym razem z powodu dużej utraty krwi zakończyliśmy wyłuszczanie, nie dochodząc na 1½ do 2-ch palców do małżowiny usznej. Gojenie częściowo przez rychłozrost, częściowo przez ziarninowanie.

Aczkolwiek przy tych 2-ch zabiegach usunęliśmy większą część guza, szum w uchu nie zmniejszył się i wygląd małżowiny usznej i jej najbliższego otoczenia nie zmienił się. Obawiając się, że krwotok przy wyłuszczaniu dużych splotów pod uchem może być groźny dla pacjenta, postanowiliśmy przed tym podwiązać tętnicę wspólną szyjną i skontrolować przy sposobności podwiązkę na tętnicy zewnętrznej, wykonaną przed 7-iu laty.

Wypreparowano więc w bliźnie podział tętnicy wspólnej. Tu stwierdzono, że kikut dośrodkowy tętnicy zewnętrznej kończy się w odległości mniej więcej 1½ cm. od podziału i połączony jest pasmem tkanki łącznej z dalszym ciągiem czynnego pnia tętnicy. Na tym pasemku, jak na mostku, leży mała anastomoza, łącząca pień doprowadzający i odprowadzający tętnicy. Długość

anastomozy około 3-ch cm. Obraz ten należało sobie wytłumaczyć w następujący sposób: po podwiązaniu tętnicy zanikła ona w najbliższym od podwiązki sąsiedztwie; jednak koniec doprowadzający wytworzył małą anastomozę z końcem obwodowym i w ten sposób pomimo podwiązki krążenie w tętnicy szyjnej zewnętrznej, aczkolwiek zredukowane, zostało utrzymane.

Tętnicę szyjną wspólną wypreparowano poniżej rozdwojenia i podprowadzono pod nią tasiemkę z cienkiej gumy szerokości ½ cm. Ranę na szyi zaszyto, wyprowadzając pomiędzy szwami oba końce tasiemki. W ciągu tygodnia codziennie podciągano końce tasiemki, zaciskając je na poziomie kleszczykami Kochera: w ten sposób stopniowo zwężano światło tętnicy.

Pomimo niewątpliwie zmniejszonego dopływu krwi do resztki guza objawy podmiotowe (szum) łagodniały tylko nieznacznie, wygląd małżowiny natomiast nie zmieniał się. Po siedmiu dniach postanowiono nałożyć ostateczną podwiązkę na tętnicę wspólną: po rozchyleniu brzegów rany usunięto wstążkę gumową i podprowadzono nitkę strunową. W chwili zaciskania jej nastąpiło przecięcie tętnicy i krwotok z obu końców; krwotok opanowano, oba końce tętnicy zamknięto, ranę zaszyto tylko częściowo. W pierwszych dniach po podwiązaniu szum w uchu znikł i pozostałe części guza znacznie zmalały. Jednak po tygodniu wszystko wróciło do dawnego stanu. Po zagojeniu rany na szyi wykonano ostatni etap zabiegu, polegający na wycięciu pozostałych, pozornie najbardziej niebezpiecznych części guza na małżowinie, a zwłaszcza na szyi poniżej płatka usznego. Technika, jak w poprzednich zabiegach. Krwawienie stosunkowo nie wielkie, ale nie łatwe do opanowania, zwłaszcza na małżowinie, gdyż tu część naczyń przeszywała chrząstkę na przednią stronę. Przy preparowaniu na szyi stwierdzono, że szerokie ramiona naczyniaka skierowały się w głąb rany w kierunku podstawy czaszki. Do obwodu guza tu nie można było dotrzeć. Ograniczono się tedy do podwiązania w dnie rany i usunięcia splotów leżących bardziej powierzchownie. Już w trakcie wykonywania zabiegu szum w uchu zupełnie ustał i później nie wrócił.

Wszystkie cztery operacje wykonano w znieczuleniu już to przewodowym, już to miejscowym (op. *dr. Kołodziejski)*.

Obecny wynik po 11-tu miesiącach od ostatniej operacji należy uważać za dobry: pacjent szumu w uchu nie ma, czuje się dobrze, pracuje. Małżowina ucha lewego zaledwie nieznacznie większa niż prawego. Nawrotu nie ma.

Dyskusja: Dr. Kołodziejski podaje, że jest to trzeci naczyniak tego typu w jego doświadczeniu. Wszystkie trzy dotyczyły osób dorosłych. We wszystkich stosowano uprzednio leczenie radem, które nie dało oczekiwanych wyników. Sądzi, że wyłuszczenie naczyniaka tętniczego jest postępowaniem z wyboru. Odnośnie danego wypadku należy jeszcze podkreślić dwa momenty:

1) z całą pewnością nie usunąłem radykalnie całego guza; zwłaszcza w części potylicznej i szyjnej zmuszony byłem podwiązywać duże przekroje naczyniowe, pozostawiając obwodowe rozgałęzienia na miejscu; po upływie 11-tu miesięcy nie ma żadnych objawów, które by świadczyły o dalszym rozwoju guza; należy przeto przypuścić, że po usunięciu centralnej, głównej części naczyniaka wypustki obwodowe ulegają zanikowi;

2) przy rozwoju naczyniaka muszą wytwarzać się obfite połączenia naczyniowe z sąsiednimi terenami irygacyjnymi; nie wystarczy przeto ograniczyć się do podwiązania doprowadzających naczyń; podwiązka może być tylko aktem wstępnym do wyłuszczenia głównej masy guza.

Dr. N. Piwko przedstawia z oddziału Dra *Kołodziejskiego* przypadek *osteoporosis traumatica* leczony przez odnerwienie tętnicy udowej (streszcz. *dr. Kołodziejski).* Mężczyzna lat 35 zgłosił się na oddział z tym, że przed dwoma miesiącami uległ nieznacznemu wypadkowi: upadł i wykręcił prawą stopę. Wezwany lekarz polecił okłady i kilkodniowe leżenie w łóżku. Kiedy po przepisanym okresie bóle nie ustępowały a obrzęk utrzymywał się nadal, dokonano zdjęcia rentgenowskiego, które żadnych zmian w układzie kostnym w sensie złamania nie wykazało. Wobec tego ponowne leżenie w łóżku , okłady, maści najrozmaitsze, nagrzewania i t. p. Leczenie to trwało około 2-ch miesięcy, nie przynosząc choremu najmniejszej ulgi; przeciwnie, sprawa stale pogarszała się. Wystarczyło nogę opuścić z łóżka, by natychmiast silnie obrzmiewała, skóra siniała, a każde stąpnięcie powodowało ból, uniemożliwiający chodzenie. Do szpitala nie tyle przyszedł, ile raczej przywlókł się na kulach. Po za tym nieznacznym wypadkiem, tak przykrym w skutkach, pacjent nigdy nie chorował, był zdrowym, ciężko pracującym mężczyzną.

Badanie narządów wewnętrznych nie wykazało odchyleń od normy. Ciepłota prawidłowa. Stopa prawa w ustawieniu końskim, obrzmiała w okolicy kostek i grzbietu; zgięcie podeszwowe, nawracanie i odwracanie stopy wybitnie ograniczone. Tętnice stopowe wyczuwalne dobrze, stopa ciepła. Dermografizm na udach żywo - czerwony, szybki; na podudziach powolniejszy, wyraźniejszy

na prawym. Odruchy ścięgniste normalne. Wskaźnik oscylometryczny na kończynie chorej nad kostkami wyższy niż na lewej. Rentgenogram wykazuje wyraźne plamiste odwapnienie wszystkich kości stępu i śródstopia, szpary stawowe stępu zamglone.

Zespół objawów mógł nasuwać dwie możliwości: gruźlica stopy i pourazowe odwapnienie. Przeciwko gruźlicy przemawiało to, że objawy wystąpiły jako bezpośredni skutek urazu. Oczywiście, uraz może być czynnikiem wyzwalającym dla gruźlicy, będącej do pewnego momentu w stanie utajenia, wówczas jednak objawy chorobowe nasilają się powoli — tu wystąpiły odrazu w całej ostrości. Nadto, gruźlica w obrazie rentgenowskim daje ogniska bardziej umiejscowione z mniejszym lub większym odwapnieniem sąsiednich kości, ale nigdy w tej postaci i w tym stopniu, jak to ma miejsce tutaj (p. rentgenogram).

wach urazowych występuje po przejściowym skurczu naczyniowym rozszerzenie naczyń z następowym przekrwieniem, a długotrwałe przekrwienie prowadzi do wypłukiwania wapna z kości.

W danym przypadku przyjmując rozpoznanie *osteoporosis traumatica* i stojąc na stanowisku koncepcji *Leriche'a* postanowiono wykonać odnerwienie tętnicy udowej. Jest w tym postępowaniu pewien paradoks: odnerwienie tętnicy, które wywołuje przekrwienie czynne na obwodzie w warunkach już istniejącego przekrwienia ma działać leczniczo. Wytłumaczenie tego jest trudne, jednak doświadczenie kliniczne potwierdza skuteczność leczniczą zabiegu.





Rys. 1. Osteoporosis traumatica, stan przed leczeniem.

Tylko u dzieci w ciężkich postaciach gruźlicy odwapnienie może występować na większej przestrzeni, ma jednak wówczas charakter bardziej jednolity a nie plamisty, jak w danym przypadku. Dany obraz rentgenowski jest charakterystyczny dla t. zw. *ostrego zaniku Sudecka.* Przy konfrontacji poglądów *Sudecka* ze współczesnymi zapatrywaniami zgodny jest tylko stan faktyczny: szybko występujące odwapnienie, najwyraźniejsze i najczęściej w zakończeniach stawowych kości długich i w kościach krótkich. Podejście jednak do zagadnienia i wytłumaczenie mechanizmu tego zjawiska są bardzo różne: o ile *Sudeck* dla wytłumaczenia tej sprawy sięga po koncepcję mitycznych nerwów troficznych — to *Leriche,* twórca współczesnej fizjologii tkanki kostnej, logicznie rozwija swą koncepcję. W spra-

Choremu wykonano odnerwienie tętnicy udowej prawej na przestrzeni około 10 ctm. w znieczuleniu miejscowym (op. Dr. *Piwko).* Już tego samego wieczoru chory sygnalizuje ustąpienie bólów, a nazajutrz ma znacznie swobodniejsze ruchy. Po tygodniu wstaje i zaczyna chodzić. Zdjęcie rentgenowskie wykonane po upływie 4-ch miesięcy wykazuje restitutio ad integrum (rys. 2).

Dyskusja do przypadku Dr. *Piwko:* Doc. *Wojciechowski* zaznacza, że przypadki osteoporozy pourazowej można spotkać nie rzadko, jeżeli pilnie obserwować skutki każdego urazu; naogół zmiany te ustępują samoistnie bez wszelkiego leczenia; nie wiadomo tedy, czy i w danym przypadku wynik należy przypisać odnerwieniu tętnicy. W celu zapobiegania osteoporozie proponu-

je stosowanie bezpośrednio po urazie wstrzyknięć nowokainy w okolicę stawu.

Doc. *Rutkowski* obserwował podobne zmiany, które wystąpiły w kościach garstka po urazie bez złamania i które cofnęły się całkowicie po zastosowaniu fizykoterapii w ciągu 3-ch miesięcy.

Dr. *Kołodziejski* w odpowiedzi Doc. *Wojciechowskiemu* stwierdza, że w omawianym przypadku związek czasowy pomiędzy zabiegiem operacyjnym i oczywistą poprawą jest tak wyraźny (8 dni), że trudno przypuszczać, aby ewentualna samoistna poprawa tak zbiegła się z wykonaniem zabiegu.

Dr. *Abramowicz* sądzi, że możność stosowania odnerwienia tętnicy jest ograniczona do przypadków osteoporozy w obwodowych odcinkach kończyny dolnej, lecz nie można jej stosować w przypadkach osteoporozy np. kości udowej, którą sam spostrzegał.





Rys. 2. Osteoporosis traumatica, stan po leczeniu.

Dr. *Piwko* w odpowiedzi wyjaśnia, że i dla przypadków osteoporozy, umiejscowionych na kończynie dolnej w odcinkach wyższych, można także zastosować odnerwienie w zakresie układu współczulnego, tylko teren operacji należy wówczas przenieść powyżej więzu Pouparta.

Doc. dr. Rutkowski J. *Przypadek odmy jamy brzusznej (pneumoperitoneum),* (streszczenie własne). Chory lat 57, z zawodu rolnik, przybył na oddział z powodu zatrzymania wiatrów i stolca. Podaje, że od 10 dni nie był w możności bez lawatywy oddać wiatrów i stolca, od dwuch dni lawatywa przestała skutkować, rozmiary brzucha znacznie się powiększyły. Dotychczas był zupełnie zdrów, chorób przewodu pokarmowego nie przechodził.

Stan obecny: chory wzrostu średniego, miernie odżywiony, rysy twarzy zaostrzone, tony serca głuche, tętno 84/min., miarowe, średnio napełnione, ciepłota 37°. Brzuch silnie wzdęty, na całej przestrzeni wypuk bębenkowy, stłumienie wątroby zniesione, objawów zapalenia otrzewnej brak. Badanie przez odbytnicę: bańka odbytnicza zieje. Po zastosowaniu wysokiej lawatywy odeszło nieco gazów, chory poczuł ulgę, wzdęcie brzucha jednak nie zmniejszyło się.

Badanie rentgenowskie *(dr. Rogalski)* bez masy kontrastowej w pozycji stojącej wykazało obecność w jamie brzusznej wolnego gazu w dużej ilości, wątroba i śledziona dobrze widoczne i odsunięte ku dołowi (p. rentgenogram).

Na drugi dzień po przybyciu chorego w znieczuleniu miejscowym cięciem *Jalaguiera* po stronie prawej otwarto jamę brzuszną; po przecięciu otrzewnej z sykiem zaczął się wydobywać bezwonny gaz, brzuch całkowicie się zapadł. W jamie brzusznej, poza niewielką ilością śluzowego płynu, nie stwierdzono zmian chorobowych, widoczne pętle jelit nie były chorobowo zmienione. Posiewy płynu wziętego z jamy brzusznej do zbadania, okazały się jałowe, w osadzie stwierdzono nieliczne czerwone i w większej ilości białe ciałka krwi oraz złuszczony śródbłonek. Chory po zabiegu poczuł znaczną ulgę. Gaz jednak po paru dniach zaczął się gromadzić na nowo, opróżniano go dwukrotnie za pomocą nakłucia, przyczym przy drugim nakłuciu gaz cuchnął. W tydzień po pierwszej operacji, a na drugi dzień po 2-gim nakłuciu wykonano w znieczuleniu miejscowym znów zabieg operacyjny, tym razem po stronie lewej. Z jamy otrzewnej po jej otwar-

ciu zaczął wydobywać się gaz i płyn o cuchnącej woni. Z górnego końca rany pokazała się w pewnej chwili treść zabarwiona żółcią. Sączek do jamy brzusznej. Po tygodniu chory zmarł. Badanie pośmiertne *(doc. dr. Czarnocki)* wykazało: rozlane gnilne zapalenie otrzewnej, ropnie podprzeponowe obustronne, na przedniej ścianie żołądka w okolicy dna jego owrzodziały rak z przedziurawieniem do jamy brzusznej, częściowo oklejonym.

Przedstawiony przypadek nie należy do banalnych. Były opisane nieliczne przypadki t. zw. peritonitis pneumatosa emphysematosa *(Fründ, Falkenberg, Stegeman)* w których, po przebyciu zapalnej sprawy w jamie brzusznej, nagromadził



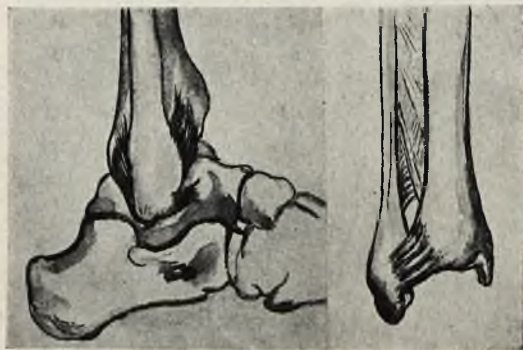
Pneumoperitoneum.

się gaz bez zapachu. Po wypuszczeniu gazu chorzy powracali do zdrowia. Gaz ten był zapewne wytwarzany przez stosunkowo nieszkodliwe beztlenowce. Częstsze są przypadki znajdowania w dużej ilości cuchnącego gazu w brzuchu w gnilnym zapaleniu wyrostka robaczkowego. W razie przedziurawienia wrzodu żołądka gaz zbiera się w stosunkowo niewielkiej ilości pod przeponą, rozwijają się bardzo gwałtowne i znamienne dla przedziurawienia objawy. W moim przypadku brak było burzliwych objawów, choroba rozwinęła się stopniowo. Przyczyną nagromadzenia się powietrza w jamie brzusznej było przedziurawienie wrzodzenia rakowego o rzadkim umiejscowieniu na przedniej ścianie żołądka, nie dającego przed przedziurawieniem żadnych objawów, tak jak to bywa również i z wrzodami usadowionymi w tym miejscu, t. j. na przedniej ścianie żołądka. Przedziurawienie początkowo musiało być małe.

Dr. T. Sokołowski: *W sprawie leczenia rozdarcia więzozrostu piszczelowo-strzałkowego* (streszcz. własne). Rozdarcie więzozrostu piszczelowo-strzałkowego jest zazwyczaj tylko jednym z uszkodzeń, towarzyszących ciężkim złamaniom kostek, połączonym z nadwichnięciem lub zwichnięciem stawu skokowego górnego.

Nie oznacza to jednak, że zwichnięciu tego stawu musi towarzyszyć uszkodzenie więzozrostu, ściślej biorąc, to co widzimy na zdjęciu — diastaza. Bynajmniej, spostrzegamy całkowite zwichnięcia stawu bez rozejścia się więzozrostu, nie widzimy natomiast nigdy zwichnięć z diastazą bez równoczesnego złamania w obrębie kostek. Te zjawiska kliniczne znajdują tłumaczenie w stosunkach anatomicznych, jakie mamy w obrębie dolnych nasad kości podudzia i kości skokowej. Przyjrzyjmy się więc tym stosunkom:

Dolny odcinek piszczeli (rys. 1, 2) posiada na



Rys. 1, 2.

bocznej powierzchni nasady rowek — incisura fibularis, do którego przylega ściśle kostka boczna, a właściwie jej odcinek, stanowiący przejście w trzon kości strzałkowej. Wspomnę już teraz nawiasem, że rowek ten zaznacza się niekiedy na zdjęciach rentgenowskich i to rozmaicie w zależności od budowy osobniczej, a nie oznacza to wcale, że mamy uszkodzenie więzozrostu. Tymczasem wielu chirurgów rozpoznaje (i „nastawia") w tych razach diastazę, ponieważ widzą na zdjęciach niezaznaczający się zwykle rowek. Dla uniknięcia mylnego rozpoznania należy w takich razach wykonać zdjęcie także zdrowego stawu skokowego.

W dolnej części opisanego rowka piszczel jest

połączona ze strzałką za pomocą więzozrostu, a połączenie to jest wydatnie wzmocnione przez dwa silne więzadła — lig. malleoli lateralis anterius et posterius. Jeżeli natomiast chodzi o sam więzozrost (syndesmosis tibio-fibularis), nie jest to połączenie wielkiej mocy. Tuż ponad więzozrostem mamy szczelinę, a dopiero nieco wyżej mocną błonę międzykostną — membrana interossea cruris.

Rozpatrzmy teraz na tle opisanych stosunków anatomicznych mechanizm najczęściej spotykanego — bocznego zwichnięcia stawu skokowego górnego. Pod wpływem nadmiernej pronacji stopy dochodzi najpierw do oderwania kostki przyśrodkowej (więzadła, lig. talo- et calcaneo - ti-



Rys. 3.

biale, są tak mocne, że oderwaniu ulega zazwyczaj kostka, nie tracąc związku z więzadłami). Uwolniona od związku z nasadą piszczeli po stronie przyśrodkowej kość skokowa przesuwa się teraz wraz z kostką przyśrodkową w bok i albo (znacznie częściej) odłamuje kostkę boczną tuż *poniżej więzozrostu,* i nie naruszając więzozrostu ulega przemieszczeniu, jak na rys. 3, albo (rzadziej) rozrywa więzadła kostki bocznej, więzozrost a nawet błonę międzykostną, łamiąc jednocześnie trzon kości strzałkowej powyżej więzozrostu (rys. 4).

Następna możliwość polega na tym, że odłamaniu ulega wpierw boczna krawędź piszczeli, a dopiero potem kostka boczna: w takich przypadkach mamy na zdjęciu rozstęp pomiędzy piszczelą a strzałką, ale to nie jest diastaza więzozrostu. Uszkodzenie to spotykamy przy czystym typie zwichnięcia bocznego, jest ono analogiczne do odłamania klina tylnej krawędzi piszczeli w zwichnięciach do tyłu.

Wracając raz jeszcze do sprawy „nieznacznego rozejścia się" więzozrostu piszczelowo - strzałkowego, chcę zaznaczyć własne stanowisko, oparte na spostrzeganiu dużego materiału chorych: uważam przede wszystkim, jak już wspomniałem, że wiele tych stanów, to stany pozornego tylko rozejścia się. Rozdarcie więzozrostu jest zjawisskiem spotykanym nie często; lekki stopień rozdarcia więzozrostu może towarzyszyć złamaniu kostki bocznej na granicy, lub powyżej więzozrostu, jeżeli doszło równocześnie do złamania kostki przyśrodkowej lub rozdarcia jej więzadeł.

Wytyczne leczenia rozdarcia więzozrostu piszczelowo - strzałkowego dają podręczniki w rozdziałach o leczeniu złamań kostek, mówiąc, że trzeba po nastawieniu złamania ścisnąć kostki i nałożyć opatrunek gipsowy. Tak, ale czy to wystarcza do utrzymania styku i uzyskania restitutio ad integrum? Muszę na to odpowiedzieć, że pomimo konsekwentnego ściskania kostek w opatrunkach gipsowych nie udaje się uzyskać trwałego zbliżenia powierzchni więzozrostu. W jednym przypadku próbowałem ścisnąć kostki przy pomocy klamry do drutu, do której wmontowałem dwa gwoździe; okazało się, że jest to sposób kłopotliwy i nie prowadzi do celu, ponieważ gwoździe wpijają się w kość. To też w ostatnich 5 przypadkach przeszedłem do sposobu operacyjnego — ześrubowania, tym bardziej, że jest to zabieg łatwy.

Przedstawione zdjęcia (rys. 4—7) dotyczą przypadków otwartych złamań: w jednym z nich (4, 5) ześrubowanie z dodatkowym przybiciem kostki przyśrodkowej drutem zostało wykonane w ramach zabiegu pierwotnego wycięcia rany w znieczuleniu ogólnym; w drugim ześrubowanie wykonałem w 7 dni po pierwotnym załatwieniu (kontrolne zdjęcie wykazało, że pozostał jeszcze znaczny stopień diastazy). Usunąłem w tym przypadku gips z przedniej powierzchni podudzia i nie zdejmując tylnego longetu, wykonałem zabieg w miejscowym znieczuleniu. Pozostałe trzy zabiegi dotyczyły zamkniętych zwichnięć i zostały wykonane również w miejscowym znieczuleniu.

Na zasadzie dotychczasowego doświadczenia własnego uważam, że ześrubowanie przewyższa

wszelkie inne sposoby zachowawcze i daje zawsze dobry wynik pod warunkiem użycia dobrej śruby, która chwyta mocno istotę gąbczastą kości.



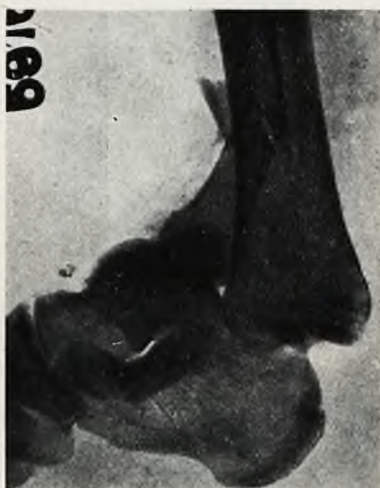
Rys. 4.



Rys. 5.

(Ostatnio zmieniłem śrubę na grubszą, p. rys. 8; przyp. dostarczony po odbyciu niniejszego posiedzenia, przyp. aut.).

Jeżeli chodzi o technikę, należy podkreślić jeden tylko szczegół: po wykonaniu znieczulenia i odsłonięciu z małego cięcia bocznej strony strzałki należy wywiercić uprzednio świderkiem kanał,



Rys. 4a.



Rys. 5a.

do którego wejdzie bez ześlizgnięcia się koniec śruby: śrubę długości 5 cm. po wkręceniu dociągamy mocno, lecz nie za mocno, żeby nie przekręcić gwintu.



Rys. 6, 6a.

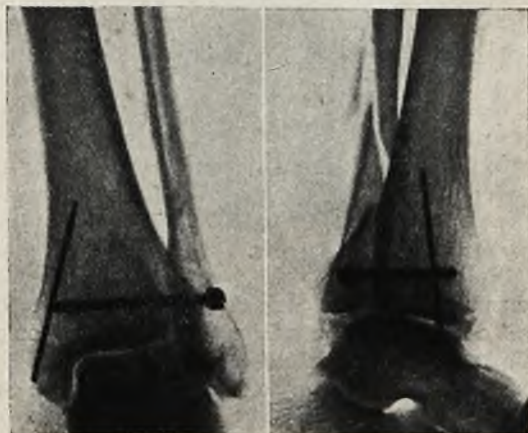




Rys. 7, 7a.







Rys. 8, 8a.

Dr. T. Sokołowski: *Osteotomia subtrochanterica femoris w przypadku stawu wrzekomego szyi kości udowej.* W przypadkach nie nadających się do leczenia gwoździem S. P. wykonywamy osteotomię podkrętarzową w celu poprawy statyki stawu biodrowego. Sposób *Schanza* polega na wbiciu 2 gwoździ, powyżej i poniżej mniejszego krętarza i przecięciu kości pomiędzy gwoździami. Ponieważ wbijanie gwoździa w trzon kości udowej może doprowadzić do rozsadzenia kości jak również z tego względu, że w sposobie *Schanza* istotne jest, moim zdaniem, jedynie działanie górnego gwoździa, poprzestaję na wbiciu jednego tylko gwoździa powyżej krętarza mniejszego. Zabieg robię w ułożeniu chorego na stole ortopedycznym. Przecinamy kość osteotomem po czym napinamy lekko kończynę i ujmując koniec gwoździa działamy nim jak dźwignią, ustawiając odłamki pod kątem. Stosowane przez niektórych chirurgów wycięcie klinowe kości niepotrzebnie tylko komplikuje zabieg: jeżeli zastosować lekki wyciąg, wówczas można ustawić górny odłam pod pożądanym kątem z zachowaniem dobrego styku odłamków, o czym świadczą zdjęcia. Chora, którą przedstawiam, ma lat 65, doznała złamania przed 12 miesiącami, operowana (osteotomia) przed 4 tygodniami. Na zdjęciu widać dobre ustawienie odłamków; wgipsowany gwóźdź usuwam po upływie 4 tygodni, trzymam chorego w gipsie jeszcze przez następne 4 tygodnie.

Dr. T. Sokołowski: *Przypadek złamania szyi chirurgicznej k. ramiennej z jednoczesnym zwichnięciem główki do przodu.* W tym przypadku, który został dostarczony natychmiast po wypadku, odprowadzenie nie udało się zwykłymi sposobami, wobec czego przystąpiłem do odprowadzenia krwawego: okazało się, że przeszkodę stanowiło ścięgno długiej głowy bicepsa. Po uniesieniu ścięgna hakiem, głowa kości ramiennej dała się wprowadzić z łatwością do stawu. Odłamany guzek większy przybito gwoździkiem *Lambotte'a*, zespolono takim samym gwoździkiem również złamanie szyi, uzyskując poprawne ustawienie.

Dyskusja: Doc. Wojciechowski uważa zespolenie śrubą za dobry sposób leczenia rozdarcia więzozrostu, chodzi o to, żeby użyć odpowiedniej śruby. *Dr. Levittoux:* sposób ten został podany przez jednego z chirurgów francuskich, który po przewierceniu śrubą obu kości, dla zabezpieczenia działania śruby nakręca po drugiej stronie nakrętkę. Uważam, że można zbliżyć rozejście i bez śruby pod warunkiem, że się dobrze nastawi złamanie i diastazę.

Co do przypadku nastawienia krwawego złamania szyi k. ramiennej połączonego ze zwichnięciem, *prof. Radliński* podaje, że niedawno operował przypadek, gdzie to zwichnięcie było pozorne: po dotarciu operacyjnym okazało się, że przesunięciu uległa głowa kości ramiennej wraz z oderwaną częściowo torebką stawową; w tym przypadku prof. R. wykonał resekcję stawu, tj. usunął odłamaną główkę; uważa to za lepsze postępowanie niż efektowną rekonstrukcję, która daje potem często gorszy wynik — w sensie ruchomości stawu.

Dr. Sokolowski w odpowiedzi wyjaśnia, że śrubę po zespoleniu więzozrostu usuwa po upływie 8 tygodni, daje się to łatwo wykonać w miejscowym znieczuleniu; uważa, na zasadzie własnego doświadczenia, że inne sposoby zawodzą, ponieważ dochodzi wtórnie do rozejścia się więzozrostu i w rezultacie niema rekonstrukcji stawu, a więc statyka jest gorsza. Nie chodzi o zrost w obrębie samego więzozrostu, a podobnie jak w innych zwichnięciach stawów, o trwałe zbliżenie rozdartych więzadeł; jeżeli to się uda, wówczas dochodzi do takiego samego zrostu, jak w zwichnięciach. Wreszcie ześrubowanie jest technicznie łatwe i nie ofensywne jako sposób operacyjny.

Dr. J. Skorko zreferował *przypadek krwiaka podtwardówkowego.*

Chory B. Z. lat 35 przywieziony do Instytutu 9.X.36 r. Wywiady: przed 5 dniami pobity w czasie bójki upadł i okolicą guza potylicznego uderzył o kamień; powstała ranka obficie krwawiąca, stracił przytomność, następnego dnia przytomność odzyskał, wystąpiły wymioty utrzymujące się przez 3 dni. Od 2-ch dni wymiotów nie było. Chory cały czas senny.

Stan obecny: przytomny, tętno 64, miarowe. W okolicy guza potylicznego mała ranka pokryta strupem. Skóra w otoczeniu bez odczynu zapalnego, obmacywaniem zagłębień w kości nie stwierdzono. Objawów oponowych brak. W zakresie nerwów czaszkowych zmian patologicznych brak. Na pytania chory odpowiada powoli, o wypadku nie pamięta. W zakresie nerwów obwodowych: odruch ze ścięgna m. trójgłowego prawego wzmożony, odruchy kolanowe żywe z przewagą prawego. Zdjęcie rentgenowskie czaszki zmian w kościach nie wykazuje. Nakłucie lędźwiowe: płyn pod małym ciśnieniem, makroskopowo przezroczysty, mikroskopowo—pojedyńcze białe ciałka krwi oraz liczne czerwone ciałka. Przez tydzień stan utrzymuje się bez zmian: tętno od 62 — 68; odpowiada na pytania wolno, zacina się często, długo dosyć poszukuje słów. Badanie dna oka wykazuje: znaczne zatarcie nosowych odcinków tarcz nerwów wzrokowych. Po naradzie z neurologiem *(Dr. Choróbski)* poprzestaliśmy na podawaniu

roztworów stężonych cukru gronowego dożylnie.

21.X. — Badanie dna oka: granice tarcz nerwów wzrokowych zatarte nietylko od stron nosowych, ale i w przyśrodkowych odcinkach połowy skroniowej. Zahamowanie psychiczne, zwolnienie biegu myśli, mowa monotonna. Uniesienie twarzy około nosa mało wydatne, twarz maskowata. Źrenica prawa szersza od lewej, oddziaływanie na światło bardzo słabe (5 dni po atropinizacji). W zakresie innych nerwów czaszkowych brak zaburzeń. W zakresie kończyn górnych i dolnych brak objawów porażennych. Odruchy ścięgnowe i okostnowe kończyn górnych dość żywe bez wyraźnych różnic. Odruchy kolanowy i achillesowy prawy nieznacznie żywsze. Podeszwowe fizjologiczne, brzuszne obustronnie słabe — lewe występują sporadycznie, prawych nie wywołano. Na bodźce bólowe reaguje jednakowo po obu stronach. Objawów oponowych niema, opukowa wrażliwość lewej połowy czaszki większa. Ciepł. ciała 36,3. Tętno 64 miarowe. Skargi na bóle głowy. Wynik badania i dotychczasowy przebieg cierpienia utrwalił nas w podejrzewanym pierwotnie rozpoznaniu obustronnego krwiaka podtwardówkowego i zadecydował o konieczności zabiegu operacyjnego. W znieczuleniu miejscowym w okolicy ciemieniowo-skroniowej wywierciliśmy otwór w kości o średnicy 1,5 cm. Opona twarda sinawo prześwieca, nie tętni; po nacięciu opony natrafiliśmy na rozlany krwiak pokryty już cieniuteńką błonką, rozdarcie której ujawniło obecność płynnej krwi w ilości około 50 cm^3, a pozostałą skrzepłą już krew w ilości 50 cm^3 wypłukaliśmy płynem fizjologicznym. Mózg zaczął tętnić. Szczelne zaszycie rany.

22.X. ciepł. 36,4. tętno 76 — 78. Chory szybciej reaguje na pytania.

23.X. w miejscu symetrycznym po stronie prawej w znieczuleniu miejscowym wywierciliśmy otwór, jak poprzednio. Pod oponą twardą napiętą, nie tętniącą, znaleźliśmy obficie wypływający płyn surowiczy, którego wydobyło się około 50 cm^3. Zjawiło się tętnienie mózgu. Szczelne zaszycie rany. W dniach następnych stan objektywny chorego stopniowo poprawia się. Odpowiedzi są szybkie, wyraźniejsze, zjawiło się zainteresowanie otoczeniem, chęć czytania gazety i zaciekawienie sprawami rodzinnymi.

28.X. tętno 80 — 84, miarowe. Przy badaniu dna oczu spostrzega się przeświecanie tarcz po stronie nosowej.

4.XI. zagojenie się ran przez rychłozrost. W zakresie odruchów odchyleń od normy nie stwierdza się, to samo w sferze psychicznej. Badanie neurologiczne (Dr. *Kunicki)* w 3 miesiące po wypadku zmian żadnych nie ujawnia, niema również zmian w zakresie tarcz nerwów wzrokowych.

W dyskusji *Dr. Kołodziejski* podaje o podobnym przypadku z tą różnicą, iż dokonane nakłucie lędźwiowe znacznie pogorszyło stan chorej, a natychmiast dokonany w podobny sposób zabieg operacyjny ujawnił znaczny ogniskowy krwiak podoponowy, po wypłukaniu którego objawy pierwotnie ciężkie szybko ustąpiły. *Dr. Kołodziejski* zaleca daleko idącą ostrożność przy wykonywaniu nakłuć lędźwiowych w podobnych przypadkach

Dr. J. Skorko zreferował *przypadek otwartego zmiażdżenia prawej kości udowej.*

Chory J. J. lat 32 został przejechany przez koła wagonu dnia 3.IX.36 r. Urazowi uległo prawe udo w dolnej trzeciej oraz prawa stopa. Przywieziony do Instytutu w 2 godziny po wypadku.

St. obecny: przytomny, tętno 100, miarowe. Kończyna dolna prawa skręcona na zewnątrz leży bezwładnie. Tuż nad stawem kolanowym na stronie przyśrodkowej trzy niewielkie rany szarpane obficie krwawiące. Udo w tym miejscu znacznie rozdęte, ciągłość kości przerwana. Na grzbiecie śródstopia w przedłużeniu trzeciego palca rana szarpana od podstawy palca w górę do kości stępu, w ranie pełno piasku, ścięgna obnażone. Druga rana szarpana na przyśrodkowej powierzchni wzdłuż całego śródstopia. Kości śródstopia I, II i III zmiażdżone, jak również kości palców 1., 2., 3., 4. Tętnienie na tętnicy piszczelowej tylnej zachowane, jak również czucie na całej kończynie. Zdjęcie rtgen. uda wykazuje zmiażdżenie trzonu kości ponad kłykciami (rys. 1). Odrazu ułożony został na stole opatrunkowo-wyciągowym (udo spoczywało na rynienkowatej podstawce, na nogę założono strzemię z opaski celem stosowania wyciągu). Uśpienie evipanowo-eterowe. Cięcie skórne wokół jednej z ran ujawniło znaczne zniszczenie tkanki podskórnej, wobec czego wycięliśmy szeroko skórę wraz z ranami. Zmiażdżone na większej przestrzeni mięśnie zabraliśmy stożkowato aż do kości z luźnymi odłamkami kostnymi. Próba nastawienia większych odłamków nie powiodła się, jakkolwiek zgięcie w stawie kolanowym dochodziło do kąta prostego. Zadowolniliśmy się opanowaniem krwawienia i zeszyciem dwoma szwami katgutowymi rozstępu mięśni wraz z powięzią. Na skórę szwy silkowe. Na stopie musieliśmy usunąć całkowicie 1., 2. i 3. kości śródstopia wraz z palcami, główkę czwartej z palcem. Powstały w ten sposób ubytek pokryliśmy płatem skórnym z podeszwy. Szczelne zeszycie skóry. Tak ułożoną na stole wyciągowym kończynę ujęliśmy w gips wraz z mied-

nicą. Na łóżku ułożyliśmy chorego na szynie Eiselsberga, zachowując zgięcie pod kątem prostym w stawach biodrowym i kolanowym. Przez 4 dni ciepłota nie przewyższała 38°, po czym od siódmego dnia utrzymuje się poniżej 37,3°. Stan kończyny dobry, nie obserwowaliśmy nawet







Rys. 1, 2, 3.

większego obrzęku stopy. Po 2 tygodniach zdejmujemy przednią połowę gipsu. Rana bez reakcji. Kontrola rtgen. wykazuje odchylenie odłamka obwodowego ku tyłowi. Próba zastosowania wyciągu za gips nie zostaje uwieńczona pożądanym wynikiem (rys. 2). Decydujemy się wtedy na wyzyskanie przedniej połowy nasady dolnej uda dla założenia wyciągu drutowego, by w ten sposób stosując wyciąg nie w przedłużeniu osi długiej uda, a w kierunku ku stopie, stworzyć warunki dźwigni na zgięciu szyny i wyważyć odłam obwodowy z poza dośrodkowego. Przeprowadzenie drutu bardzo skrupulatne z ominięciem stawu oraz



Rys. 3a.

z zachowaniem szwów, by nie doprowadzić do rozejścia się rany. Wszystko to doprowadza po 24 godzinach do pożądanego wyniku (rys. 3a). Utrzymujemy obciążenie pierwotne 6 kg. jeszcze 24 godziny, po czym zmniejszamy do 4 kg celem wklinowania rozciągniętych odłamów. Po ostatecznym ustaleniu odłamów zdejmujemy szwy. Wszystkie te czynności nie wywołują reakcji w ranie . Dalszy przebieg prawidłowy. Sto-



Rys. 4.



Rys. 4a.

pa zagojona przez rychłozrost. W przeciągu 4 tygodni następuje zrost. Zdejmujemy wyciąg. Chory unosi kończynę o własnej sile i rozpoczyna uruchamianie stężałego stawu kolanowego. Przez dalsze 4 tygodnie chory wyćwiczył mięśnie i uruchomił kolano tak dalece, że mógł chodzić o lasce. Zgięcie w stawie kolanowym 120° rozgięcie 170°. Staw biodrowy i skokowy o normalnym zakresie ruchów. (Rtg. rys. 4, 4a).

14.XI. chory opuszcza Instytut. W miesiąc po tym przyjechał do Instytutu na rowerze (mieszka o 15 km. od Warszawy), twierdzi, że łatwiej mu jeździć, gdyż częściowy brak stopy utrudnia mu chodzenie.

KRONIKA

ZJAZD LEKARZY I PRZYRODNIKÓW.

W czasie Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich we Lwowie od 4 — 7 lipca 1937 r. odbędą się posiedzenia Sekcji chirurgicznej. Dwa posiedzenia odbędą się wspólne z posiedzeniami Sekcji medycyny wewnętrznej, która będzie czynna jako XII Zjazd Internistów Polskich. Referaty na te dwa posiedzenia są następujące: „Klinika zaburzeń wegetatywno - dokrewnych z zakresu dziedziny chorób wewnętrznych” i „Klinika trzustki”. — Ze strony chirurgów współpracę przy I temacie objęli Dr. *Bross* i Dr. *Michałowski* (Lwów), przy II temacie Prof. Dr. *Jurasz* (Poznań).

Na pozostałych posiedzeniach Sekcji chirurgicznej będą wygłaszane referaty na dowolne tematy z zakresu chirurgii.

Gospodarzem Sekcji Chirurgicznej został wybrany Prof. Dr. *Tadeusz Ostrowski*, Lwów, ul. Pijarów 4, Klinika chirurgiczna U. J. K.

KONKURS NA PRACĘ NAUKOWĄ.

Celem uczczenia pamięci I Marszałka Polski Józefa Piłsudskiego podpisane organizacje ogłaszają konkurs naukowy na pracę nad rakiem.

Warunki konkursu:

1. W konkursie mogą brać udział obywatele Rzeczypospolitej Polskiej.
2. Prace winny być oryginalne, dotąd nigdzie nie drukowane, oparte na własnych doświadczeniach i spostrzeżeniach.
3. Tematem pracy mogą być spostrzeżenia kliniczne jak również doświadczalne z zakresu nowotworów złośliwych.
4. Zgłaszane na konkurs prace powinny obok piśmiennictwa obcego uwzględniać odnośne piśmiennictwo rodzime.
5. Prace konkursowe podpisane obranym przez autora godłem powinny być nadesłane w maszynopisie w dwóch egzemplarzach najpóźniej do dnia 12 maja 1937 r. pod adresem — Polski Komitet do Zwalczania Raka — Karowa 21 — gmach Towarzystwa Higienicznego.
6. Do prac należy załączyć zamkniętą kopertę, na zewnątrz zaopatrzoną w godło, wewnątrz zaś zawierającą imię, nazwisko i adres autora.
7. Do oceny prac zostanie powołany Sąd Konkursowy.
8. Ustala się nagrody za przyjęte przez Sąd Konkursowy prace: I — 700, II — 600, III — 300 zł.
9. Prace nagrodzone będą ogłoszone w czasopiśmie Polskiego Komitetu do Zwalczania Raka p. t. „Nowotwory” z zaznaczeniem, że praca ta została nagrodzona na konkursie.
10. Sąd Konkursowy ma prawo przyznać tylko niektóre lub żadnej z ogłoszonych nagród, a pozostałe z tego tytułu fundusze przekazać na następny konkurs.

Instytucje organizujące konkurs:

1. Polski Komitet do Zwalczania Raka. 2. Instytut Radowy im. Skłodowskiej-Curie. 3. Łódzkie Towarzystwo Zwalczania Raka. 4. Wileński Komitet do Zwalczania Raka. 5. Polski Instytut Przeciwrakowy we Lwowie. 6. Łucki Komitet do Zwalczania Raka. 7. Stowarzyszenie Asystentów Uniwersytetu Jagiellońskiego. 8. Stowarzyszenie Asystentów Uniwersytetu Poznańskiego.

WYBORY W TOW. LEK. WARSZ.

Na Walnym Posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego w dniu 12 stycznia 1937 roku wybrano nowy Zarząd: Prezes dr. *Józef Skłodowski*, Wiceprezes Prof. dr. *Włodzimierz Filiński*, Sekretarz Doroczny dr. *Stanisław Flis*, Zastępca Sekretarza Dorocznego dr. *Michał Żabczyński*. Członek Zarządu Doc. dr. *Jan Zaorski*.